

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACION EN:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

“PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN
ADOLESCENTES DE FAMILIAS REFUGIADAS COLOMBIANAS Y
ECUATORIANAS EN DOS PARROQUIAS DEL CANTON ESPEJO, CARCHI,
2016.”

DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DE TITULO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORES

DRA. LUPE NARCIZA QUIROZ MORILLO

DR. IVAN PATRICIO NAVARRETE LAGUNA

RESIDENTES DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA DE LA PUCE

DR JORGE GARCIA

DIRECTOR DE TESIS DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR

DRA.MG SP. CATALINA VEGA LÓPEZ

TUTORA METODOLÓGICA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA
DEL ECUADOR

QUITO, 2016.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, por la vida que nos da, a nuestros padres, esposos e hijos, por brindarnos su apoyo y comprensión durante la realización de este trabajo de investigación.

De igual manera un agradecimiento especial a los Doctores Catalina Vega y Jorge García por la confianza y paciencia brindada, por compartir sus valiosos conocimientos con nosotros y de esta manera culminar con éxito la realización de esta tesis.

A la Unidad Anidada el Ángel, a las /los adolescentes y sus representantes por darnos apertura para la realización de nuestra investigación.

LOS AUTORES

DEDICATORIA

*A Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar
obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.*

*A mi esposa Alicia por acompañarme en este proceso, sobre todo por su amor,
comprensión, paciencia y fortaleza que me permitieron llegar a buen puerto.*

*A mis hijos Harold, Dostin y Jaiden por su apoyo incondicional, quienes han sido mi
mejor motivación para nunca rendirme y poder llegar a ser un ejemplo para ellos.*

*A mis padres que siempre creyeron en mí, por sus ejemplos de amor, perseverancia y
constancia que me permitieron conseguir mis objetivos.*

DR.PATRICO NAVARRETE

RESUMEN

Antecedentes: La adolescencia es un período crítico, sometido a constantes cambios en el crecimiento y desarrollo físico psíquico y social, se puede considerar como período de riesgo en el que puede darse la base para la aparición de problemas de salud, los cuales se agudizan cuando confluyen entre si condiciones personales, familiares y sociales.

Objetivo: Determinar la relación de los principales factores de riesgo en salud en los adolescentes de familias refugiadas colombianas y ecuatorianas en las parroquias El Ángel y La Libertad del Cantón Espejo, distrito 3 de salud de la provincia del Carchi, de julio a diciembre del 2016.

Método y Materiales: Se realizó un estudio no experimental, de corte transversal, comparativo y analítico

Para la recolección de información, previa autorización y firma del asentamiento y consentimiento informados por los adolescentes y sus representantes legales, se aplicó un cuestionario de recolección de datos que incluyó variables con los principales factores de riesgo en su contexto individual, familiar y social en torno a embarazo en adolescentes, las adicciones, la depresión, la violencia y la conducta alimentaria. Se aplicó cuestionarios para: detección de trastornos de conducta alimentaria, consumo riesgoso de alcohol y drogas y tamizaje de depresión. Instrumentos familiares como el familiograma y APGAR familiar.

La muestra para los adolescentes colombianos fue de 120 y para los ecuatorianos de 295, el tipo de muestreo para los dos grupos fue probabilístico, aleatorio simple, modalidad sorteo.

El procesamiento estadístico se realizó con la utilización del Programa estadístico: SPSS versión 20.0 para Windows y Epi Info 7.

Resultados: los principales problemas de salud encontrados en los adolescentes en estudio tenemos: consumo de alcohol (41%) en hombres ecuatorianos de. Víctimas

de violencia (23,6%) en mujeres colombianas. Embarazo en adolescentes (62,5%) en mujeres ecuatorianas. Riesgo de depresión (14,7) en mujeres ecuatorianas. Consumo de droga (5,30%) en hombres colombianos. y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (4,82%), en mujeres ecuatorianas.

Se encontró los principales factores de riesgo individual, familiar y social con relación estadísticamente significativa como factor de riesgo (con un OR >1, adecuados límites de IC para 95%) y la probabilidad (con un valor de $P < 0,05\%$) para cada problema de salud de los adolescentes, así:

Consumo de alcohol: padre con consumo de alcohol y/o drogas, patrón de crianza de riesgo, ocupación (trabajo) y funcionamiento familiar para el grupo colombiano, ser víctima de violencia y disfunción familiar para el grupo ecuatoriano.

Víctima de violencia: Sexo femenino, patrón de crianza de los hijos de riesgo, disfunción familiar y riesgo de depresión para los colombianos; padre con consumo de alcohol, consumo de alcohol e ingreso familiar menor al básico para los ecuatorianos.

Embarazo en la adolescencia; residencia en el sector rural, madres con antecedentes de embarazo en la adolescencia para el grupo ecuatoriano; ser víctima de violencia, deserción escolar, patrón de crianza de los hijos de riesgo e ingreso familiar para el grupo colombiano.

Riesgo de depresión: embarazo en adolescente, patrón de crianza de riesgo, víctima de violencia, disfunción familiar e ingreso familiar menor al básico para el grupo colombiano.

Consumo de drogas ilícitas: consumo de alcohol, patrón de crianza de los hijos y disfunción familiar para el grupo ecuatoriano. Y

Para riesgo de trastornos de la conducta alimentaria: riesgo de depresión para el grupo ecuatoriano.

Conclusiones: En nuestro estudio se encontró mayor número de factores de riesgo para la salud en adolescentes de familias refugiadas colombianas que en los adolescentes de familias ecuatorianas, cumpliendo así nuestra hipótesis.

Palabras clave: factores de riesgo, refugiado, adolescencia.

ABSTRACT

Background: Adolescence is a critical period, subject to constant changes in growth and physical and psychic social development, can be considered as a period of risk that can provide the basis for the emergence of health problems, which become acute when they converge between personal, family and social conditions.

Objective: To determine the relationship of the main health risk factors among adolescents of Colombian and Ecuadorian refugee families in the parishes of El Ángel and La Libertad in Cantón Espejo, health district of the province of Carchi, from July to December, 2016.

Method and Materials: A non-experimental cross-sectional, comparative and analytical study was performed.

In order to collect information, prior authorization and signature of the settlement and consent informed by the adolescents and their legal representatives, a data collection questionnaire was applied that included variables with the main risk factors in their individual, family and social context around Adolescent pregnancy, addiction, depression, violence, and eating behavior. Questionnaires were applied for: detection of eating disorders, risk of alcohol and drug use, and screening for depression. Family instruments such as familiograma and familiar APGAR.

The sample for Colombian adolescents was 120 and for Ecuadorians of 295, the type of sampling for the two groups was probabilistic, simple random, lottery mode.

Statistical processing was performed using the Statistical Program: SPSS version 20.0 for Windows and Epi Info 7.

Results: the main health problems found in the adolescents under study are: alcohol consumption (41%) in Ecuadorian men. Victims of violence (23.6%) in Colombian women. Pregnancy in adolescents (62.5%) in Ecuadorian women. Risk of depression (14.7) in Ecuadorian women. Drug use (5.30%) in Colombian men. And risk of eating disorders (4.82%) in Ecuadorian women.

The main individual, familial and social risk factors were statistically significant as a risk factor (with an $OR > 1$, adequate CI limits for 95%) and probability (with a P value $< 0.05\%$). For each health problem of adolescents, as follows:

Alcohol consumption: father with alcohol and / or drug consumption, risk-raising pattern, occupation (work) and family functioning for the Colombian group, being a victim of violence and family dysfunction for the Ecuadorian group.

Victim of violence: Female gender, parenting pattern of risk children, family dysfunction and risk of depression for Colombians; Father with alcohol consumption, alcohol consumption and lower-than-basic family income for Ecuadorians.

Pregnancy in adolescence; Residence in the rural sector, mothers with a history of pregnancy in adolescence for the Ecuadorian group; Being a victim of violence, dropping out of school, raising children at risk and family income for the Colombian group.

Risk of depression: adolescent pregnancy, risk-raising pattern, victim of violence, family dysfunction and family income lower than basic for the Colombian group.

Consumption of illicit drugs: alcohol consumption, parenting pattern and family dysfunction for the Ecuadorian group. Y

For risk of eating disorders: risk of depression for the Ecuadorian group.

Conclusions: In our study, we found a greater number of risk factors for health in adolescents from Colombian refugee families than in adolescents from Ecuadorian families, thus fulfilling our hypothesis.

Key words: risk factors, refugee, adolescence.

INDICE DE CONTENIDOS

Tabla de contenido

AGRADECIMIENTO	2
<i>DEDICATORIA</i>	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	7
CAPÍTULO I	19
1.-INTRODUCCION Y JUSTIFICACION	19
1.1 INTRODUCCIÓN.....	19
1.2 JUSTIFICACIÓN	29
CAPÍTULO II.....	32
2-MARCO TEÓRICO	32
2.1-ENTENDIENDO A LA ADOLESCENCIA.....	32
2.1.1. CAMBIOS BIOLÓGICOS	33

2.1.2.- CAMBIOS PSICOLÓGICOS:	33
2.1.3.-CAMBIO SOCIAL	34
2.2.-ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	35
2.2.1- Adolescencia Temprana (10-13 años)	35
2. 2 2. Adolescencia Media (14-16 años)	36
2.2.3.- Adolescencia Tardía (17-19 años)	37
2.3.-LA FAMILIA Y SUS FUNCIONES	38
2.3.1.-Valoración del Funcionamiento Familiar	40
2.3.2.-Estructura Familiar.	40
2.4.-ESTILOS DE CRIANZA Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS HIJOS	42
2.5.-PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES EN LA ADOLESCENCIA	45
2.5.1.-EMBARAZO EN ADOLESCENTE	47

2.5.2.- CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES	52
2.5.3.-DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.....	56
2.5.4.-VIOLENCIA EN LA ADOLESCENCIA	61
2.5.5.-TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	65
2.6.-MIGRACIÓN.....	73
CAPÍTULO III	80
3.-METODOLOGIA.....	80
3.1 La unidad de estudios en nuestra investigación fueron los adolescentes, se tomó en cuenta los grupos de estudio:	80
3.1.1 Criterios de Inclusión	83
3.1.2 Criterios de Exclusión	83
3.2 TIPO DE ESTUDIO.....	83
3.3.-PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	83
3.4 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	84

3.5.- ASPECTOS BIOETICOS.....	85
CAPÍTULO IV	91
4-RESULTADOS	91
4.1ANALISIS DESCRIPTIVO	91
4.1.1-DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	91
4.2ANALISIS INFERENCIAL.....	98
CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES	112
CONSUMO DE DROGA EN LOS ADOLESCENTES.....	126
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA CONSUMO DE DROGAS	
.....	128
RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ...	164
CAPITULO V	173
5-DISCUCIÓN	173
CAPITULO VI.....	178

6- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	178
6.1 - CONCLUSIONES.....	178
6.2-RECOMENDACIONES:.....	182
BIBLIOGRAFIA	183
ANEXOS	188

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de las variables.	85
Tabla 2: Nacionalidad y sexo 2016.....	91
Tabla 3. Nacionalidad nivel de Instrucción 2016	92
Tabla 4: Nacionalidad y ocupación 2016.....	93
Tabla 5: Nacionalidad y deserción escolar.....	94
Tabla 6: Nacionalidad y estado civil 2016	95

Tabla 7: Nacionalidad y residencia 2016	96
Tabla 8: Nacionalidad Funcionalidad familiar 2016	97
Tabla 9. Embarazo en adolescentes por nacionalidad 2016.....	98
Tabla 10. Embarazo en adolescentes y tipo de adolescencia 2016	99
Tabla 11: Residencia y embarazo en adolescentes 2016	101
Tabla 12. Embarazo en adolescente y madre con antecedentes en la adolescencia 2016.....	102
Tabla 13. Inicio temprano de vida sexual activa y embarazo en adolescente 2016 .	103
Tabla 14. Víctima de violencia y embarazo en adolescencia 2016	105
Tabla 15. Funcionamiento familiar y embarazo en adolescentes 2016	106
Tabla 16. Deserción escolar y embarazo en adolescente 2016.	107
Tabla 17. Patrón de crianza de los hijos y embarazo en adolescencia 2016.	108
Tabla 18. Ingreso familiar y embarazo en adolescencia 2016	110
Tabla 19. Nacionalidad Colombiana.....	111

Tabla 20. Sexo y consumo de alcohol 2016.....	113
Tabla 21. Tipo de adolescencia- consumo de alcohol- nacionalidad 2016.....	114
Tabla 22. Padre con consumo de alcohol y/o drogas y consumo de alcohol 2016. .	116
Tabla 23. Patrón de crianza de hijos y consumo de alcohol 2016.	119
Tabla 24. Ocupación y consumo de Alcohol 2016.....	121
Tabla 25. Víctima de violencia y consumo de alcohol 2016.	123
Tabla 26. Funcionamiento familiar consumo de alcohol nacionalidad 2016.....	125
Tabla 27. Sexo y consumo de drogas 2016.....	127
Tabla 28. Adolescencia y consumo de drogas 2016.....	127
Tabla 29. Consumo de alcohol y consumo de drogas 2016.	128
Tabla 30. Patrón de crianza de los hijos y consumo de drogas 2016.	130
Tabla 31. Funcionamiento familiar y consumo de drogas 2016.	132
Tabla 32. Sexo y riesgo de depresión 2016.....	135
Tabla 33. Adolescentes y riesgo de depresión 2016.....	136

Tabla 34. Embarazo en adolescente y riesgo de depresión 2016.	137
Tabla 35. Patrón de crianza de los hijos y riesgo de depresión 2016.	139
Tabla 36. Víctima de violencia y riesgo de depresión.	141
Tabla 37. Funcionamiento familiar y riesgo de depresión 2016.	143
Tabla 38. Ingreso familiar y riesgo de depresión 2016.....	145
Tabla 39. Sexo y víctima de violencia nacionalidad 2016.....	148
Tabla 40. Adolescencia y víctima de violencia 2016.	150
Tabla 41. Nacionalidad y tipo violencia 2016.....	151
Tabla 42. Consumo de alcohol víctima de violencia- nacionalidad 2016.	152
Tabla 43. Padre con consumo de alcohol y/o drogas y víctima de violencia 2016. .	154
Tabla 44. Patrones de crianza de los hijos y víctima de violencia 2016.....	157
Tabla 45. Víctima de violencia y discusión familiar 2016.....	159
Tabla 46. Ingreso familiar y víctima de violencia 2016.	160
Tabla 47. Riesgo de depresión y víctima de violencia 2016.....	162

Tabla 48. Nacionalidad y riesgo de trastornos de conducta alimentaria 2016.	164
Tabla 49. Sexo riesgo de trastornos de conducta alimentaria 2016.	165
Tabla 50. Adolescencia y riesgo de trastornos de conducta alimentaria 2016.	166
Tabla 51. Riesgo de depresión y riesgo de trastornos de conducta alimentaria 2016.	168
Tabla 52. Factores de Riesgo por nacionalidad.	171

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Embarazo en adolescentes por nacionalidad 2016.	98
Gráfico 2. Consumo de alcohol en adolescentes nacionalidad	112
Gráfico 3. Consumo de drogas en adolescentes y nacionalidad.	126
Gráfico 4. Riesgo de depresión en adolescentes y nacionalidad.	134
Gráfico 5. Violencia por nacionalidad.	147

CAPÍTULO I

1.-INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

1.1 INTRODUCCIÓN

Se considera un factor de riesgo a toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso. La adolescencia por ser un período crítico sometido a constantes cambios biopsicosociales, así como también en el marco familiar en el que este se desenvuelve, se considera como un período de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de problemas de salud.

En la adolescencia los ajustes biológicos y sociales irán moldeando la identidad, para lo cual habrá experimentado varias identificaciones, roles y conductas, entre aciertos y fracasos, confusión y claridad, hasta ir encontrándose a sí mismo, al final de este difícil proceso el adolescente adquiere identidad: sexual, vocacional, religiosa, ideológica y política y a partir de ello será capaz de armar su proyecto de vida (Armas y Díaz , 2007).

Borrás (2014), indica que esta etapa marca la transición de la infancia al estado adulto y considera tres fases: Adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y la adolescencia tardía (17 a 19 años) (P .1).

La salud de los adolescentes queda enmarcada en un complejo proceso de crecimiento y desarrollo, todo cambio provoca una crisis y toda crisis requiere una adaptación, cuando esta adaptación discurra por causas fisiológicas se habla de salud, pero cuando se desvíe hacia causas patológicas se habla de enfermedad

La experimentación, la exploración y la asunción de riesgos que tienen lugar durante la adolescencia son más de carácter normativo que patológico, existiendo posibilidades reales de mejorar situaciones negativas que se produjeron en los

primeros años de vida. Algunos adolescentes están particularmente expuestos a padecer problemas de salud debido a factores individuales y ambientales como la marginación, sin el apoyo de sus padres. Los sistemas nacionales de información sanitaria pueden pasar por alto a esos adolescentes, por lo tanto algunas intervenciones prioritarias no llegaran a ellos, esos adolescentes pueden ser olvidados pese a ser los que más ayuda necesita (OMS, 2014).

Es posible actuar oportunamente cuando se identifica el factor de riesgo, pues si bien no son determinantes, si pueden predecir situaciones críticas en el adolescente; y estos riesgos se agudizan cuando confluyen entre sí, condiciones personales, familiares y sociales (Vasquez ,2012).

La adolescencia es un período crítico, vulnerable, con características muy específicas como impulsividad, negación de riesgos que propician un tipo concreto de patologías de suficiente interés sanitario, en nuestro país y en el mundo entero como: trastornos en la conducta alimentaria que conllevan a trastornos serios como la anorexia y la bulimia, lesiones traumáticas, carreras automovilísticas que producen lesiones y muertes , inicio temprano de las relaciones sexuales sin protección lo que conlleva a embarazos tempranos y desarrollo de enfermedades de transmisión sexual. Otro problema en esta etapa son la adicciones en el que confluyen factores de riesgo individuales como impulsividad y/o agresiones antisociales, familiares como el uso de drogas por padres o hermanos y sociales como una alta disponibilidad de drogas y alcohol y falta de normativas.

En varios países el problema de las adicciones va en aumento y se ha demostrado una secuencia progresiva del consumo de sustancias, partiendo por las legales como cigarrillo y alcohol para pasar a marihuana a una edad algo mayor y terminar al fin de la adolescencia con el consumo de cocaína y otras sustancias ilegales más tóxicas

(Páramo , 2011).

Varios estudios han señalado que la autoestima tiende a ser más baja en la chicas que en los chicos, probablemente esto se debe a la creciente preocupación sobre la apariencia física que muestran las adolescentes, desencadenando a veces trastornos alimentarios como anorexia y bulimia, el pertenecer a clases sociales desfavorecida causa efectos sobre la autoestima del adolescente , la autoestima baja se encuentra estrechamente relacionada con bajo rendimiento académico/laboral y con diversos indicadores de malestar psicológico, tales como ansiedad, depresión (Páramo , 2011).

Se podría decir entonces que existen numerosos factores en el mundo del adolescente que estarían disparando ciertas conductas de riesgo que influyen en el desarrollo de las patologías más frecuentes en esta edad y que van a condicionar su morbi-mortalidad al llegar a la edad adulta, estos factores tendrían un origen tanto interno como externo, y estarían implicados en ellos aspectos personales, familiares y sociales.

Es importante mencionar que en el adolescente existen factores de riesgo de amplio espectro y factores de riesgo específicos para un daño, entre los primeros se encuentran familias disfuncionales, violencia intrafamiliar, tipo de estructura familiar, migración, pertenecer a grupos con conductas de riesgo, baja autoestima, deserción escolar, proyecto de vida débil, bajo nivel de resiliencia, nivel socioeconómico bajo. Entre los específicos están: portar un arma blanca, padre o hermano consumidor de alcohol, tener una madre o hermana adolescente embarazada; ingesta excesiva de calorías, depresión (Páramo , 2011).

Aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años, la mortalidad y morbilidad en este grupo vulnerable siguen siendo elevadas; las enfermedades pueden afectar la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. El consumo de alcohol, o tabaco, la falta de actividad

física, las relaciones sexuales precoces sin protección y la exposición a la violencia pueden poner en peligro su salud actual y causar daños posteriores.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la segunda causa de mortalidad entre los adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo, aproximadamente el 11 % de todos los nacimientos a nivel mundial corresponden a mujeres de 15 a 19 años (OMS, 2014).

Alrededor de 70.000 adolescentes en países en desarrollo mueren por año por causa relacionada con el embarazo y parto, 20.000 niñas de menos de 18 años dan a luz todos los días en países en desarrollo. En todas las regiones del mundo, las niñas rurales empobrecidas y con educación deficiente son más proclives a quedar embarazadas (UNFPA, 2013).

“Unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año y la mayor parte de ellos (95%) se registra en países de ingresos bajos y medianos. Las estadísticas sanitarias mundiales 2014 muestran que la tasa media de natalidad de las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000, las tasas nacionales oscila entre 1 y 299 por 1000 adolescentes siendo las más altas las de África Subsahariana. Cada año unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligroso” (OMS, 2014, p 1).

En el área andina de los 14,7 millones de adolescentes mujeres de 15 a 19 años, 1,5 millones ya son madres o están embarazadas (21.7%), 50 % de los embarazos no son planificados. Los embarazos en adolescentes representan aproximadamente el 18 % de todos los embarazos en el área andina. (Organización Andina de la Salud convenio Hipólito Unanue, 2012). La tasa de embarazo adolescente en Latinoamérica y el Caribe es de 70,5 por cada mil nacidos vivos, Existe una relación directa entre la pobreza y la cantidad de embarazos en adolescentes (ENIPLA, 2015).

Las tasa de fertilidad adolescente en la región de América Latina y el Caribe no han descendido en la misma proporción que las de a nivel global, la división de

población del Departamento de Asuntos Económicos y sociales de las Naciones Unidas prevé que serán las tasas más altas del mundo y se mantendrán, estables entre el 2020 y 2100 (UNICEF, 2014).

En el Ecuador existe un total de 122.301 adolescentes entre 12 y 19 años embarazados; la tasa por cada 1000 nacidos vivos es de 107,20 (ENIPLA, 2015).

En el Hospital Básico el Ángel en el año 2015, según datos proporcionados en estadística se atendieron 126 partos de los cuales 31 fueron de adolescente de 15 a 19 años (24.6%)

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de la pobreza y enfermedad.

La mitad de todos los trastornos de salud mental en la edad adulta empiezan a manifestarse a los 14 años pero la mayoría de los casos no se detectan ni son tratados, la depresión es la principal causa de morbilidad entre los adolescentes y el suicidio es la tercera causa de defunción, la violencia, la pobreza, la humillación y el sentimiento de desvalorización pueden aumentar el riesgo de padecer problemas de salud mental.

La violencia es el problema de salud público mundial, más acuciante de la estructura social; producto de la confluencia de múltiples factores personales, del entorno familiar y social y concluye que el consumo de sustancias en general constituyen un factor de riesgo de violencia, pero que la sustancias ilegales parecen representar un riesgo mayor de llevar a cabo comportamientos de tipo delictivo (Herrera, Rueda y Reidl, 2013).

La violencia es una causa importante de mortalidad, se calcula que todos los días mueren 180 adolescentes como consecuencia de violencia interpersonal, aproximadamente uno de cada tres defunciones de varones adolescentes registradas en países de ingresos bajos y medianos en la región de las Américas de la OMS se debe a la violencia. A nivel mundial, el 30 % de las mujeres de 15 a 19 años sufren de violencia por parte de su pareja (OMS, 2014).

América Latina y el Caribe son consideradas las regiones más violentas del mundo, todos los años 6 millones de niños y adolescentes en la región sufren severos abusos entre ellos el abandono, cerca de 220 niños y adolescentes menores de 18 años mueren todos los días víctimas de la violencia doméstica, el equivalente 80 mil por año. 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia: psicológica, física o sexual. La violencia no sólo les provoca a los adolescentes daño, dolor y humillación sino que puedes causarles la muerte (UNICEF, 2014).

El consumo nocivo de alcohol entre los adolescentes es preocupante en muchos países, puesto que reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo como: las relaciones sexuales no protegidas, accidentes de tránsito, violencia especialmente por parte de la pareja y causa muertes prematuras, además provoca problemas en la salud de la etapa adulta e influye en la esperanza de vida (OMS, 2014).

Cada año se producen 3.3 millones de muertes en el mundo debido al consumo masivo de alcohol lo que representa el 5.9% de todas las defunciones, el uso nocivo del alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, en general el 5.1% de la carga mundial y lesiones es atribuible al consumo de alcohol.

El Ecuador es el segundo país de Latinoamérica con mayor consumo de bebidas alcohólicas, de los 912 mil ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas, el 2.5 % son jóvenes de entre 12 y 18 años (OMS, 2015).

Existen múltiples razones por las cuales los jóvenes son vulnerables al consumo excesivo de alcohol, esta alta vulnerabilidad es producto de un conjunto de riesgos que surgen y a los cambios que ocurren en esta etapa en la esfera neurológica, cognitiva y social (Acosta, Fernández y Pillon, 2011).

A todos estos factores de riesgo para la salud que se presentan en los adolescentes, en el mundo un fenómeno que agrava aún más la situación es la

migración forzada. A fines de 2013, 51,2 millones de personas vivían fuera de sus hogares a causa de la persecución, los conflictos armados, la violencia y la violación sistemática de los derechos humanos, Siria es el principal país emisor de personas refugiadas en la actualidad (CEAR, 2015).

El desplazamiento forzado global ha experimentado un crecimiento, de 51.2 millones de personas en el 2013 a 59,5 millones a fines del 2014, esto es 8,3 millones más. Durante el año 2014, los conflictos y la persecución obligaron a una media diaria de 42.500 personas a abandonar sus casas y buscar protección en otro lugar, dentro de las fronteras de su país o en otros países, los menores de 18 años fueron el 51% de la población refugiada en el 2014 (ACNUR, 2014).

El número de personas que entran a Europa en el 2015 ha incrementado, los mismos que van en busca de seguridad y de una vida mejor, para ello han tenido que viajar miles de kilómetros por vía terrestre o marítima, desde África, Oriente Medio y Asia, arriesgando todo con la esperanza de alcanzar su meta, pero el peligro no termina en el cruce fronterizo, los niños y mujeres migrantes, especialmente los indocumentados, son vulnerables a la trata, el abuso y la explotación. Los migrantes y sus familias a menudo se encuentran siendo víctimas de discriminación, pobreza y marginación social en los países de tránsito y destino; en medio de esta crisis, los niños y adolescentes son los más vulnerables, muchos viajan con sus familias, mientras que otros lo hacen solos. La mayoría no tienen ningún tipo de documentación que confirme su nacionalidad, sin estos papeles, le resulta muy difícil acceder a un empleo digno en el sector, a menudo tienen que trabajar en lugares peligrosos e insalubres, por lo que su vida es extremadamente difícil.

La presencia de refugiados colombianos en el Ecuador tiene sus orígenes en el proceso de migración forzada interna que vive Colombia desde hace más de dos décadas, con más de cuatro millones de desplazados y alrededor de 455 mil personas refugiadas(reconocidas, solicitantes y no reconocidas) en diferentes partes del mundo especialmente en los países limítrofes como: Ecuador, Venezuela, Panamá, Brasil y Costa Rica, lo que determina que Colombia en el

plano mundial ocupe los primeros lugares en desplazamiento forzado y refugio (UNICEP, 2015).

El Ecuador es el país de América Latina con más número de refugiados colombianos, hasta marzo del 2012 el gobierno ha reconocido a 56.397 personas refugiadas de estas el 60 % vive en zonas urbanas en busca de anonimato y oportunidades laborales y el 40 % en zonas rurales cerca de la frontera. Se estima que 1300 refugiados ingresan al Ecuador mensualmente y de estos el 60 % son mujeres y adolescentes. La mayoría, desea permanecer en el Ecuador a pesar de las precarias condiciones en materia de empleo, vivienda, educación, salud y seguridad. Concluyendo que los refugiados encontraron la protección pero no la integración local (Carreño , 2012).

Durante la pasada década, el recrudecimiento del conflicto colombiano ha determinado que la zona fronteriza del norte de Ecuador se convierta en una de las principales áreas de recepción de miles de personas que huyen en busca de protección internacional, 46% de los refugiados del país viven en las provincias: Carchi, Imbabura Esmeraldas y Sucumbíos; en estas provincias se concentran más de 64.000 solicitantes de la condición de refugio. En el 2014 Carchi tubo 4894 refugiados y 13.636 solicitantes de asilo, el 60 % de esta población refugiada viven en el sector rural (ACNUR, 2015)

La problemática de los refugiados es uno de los temas más complejos que enfrenta en la actualidad el mundo, ser refugiado va más allá de ser extranjero , significa vivir en el exilio y depender de otros para cubrir la necesidades básicas como la alimentación, la vestimenta y el albergue (ACNUR, 2011).

El desplazamiento de la población colombiana a nuestro país, por razones de violencia, constituye un problema grave con implicaciones sociales que afectan a un porcentaje significativo de ciudadanos, convirtiéndose en un factor causante de problemas físicos y emocionales que deben ser abordados desde la salud pública. Esto se constituye en un desafío enorme para el actual sistema de salud en nuestro país

La migración forzada constituye un escenario de crisis para las familias que la viven, esto significa que la familia y en particular sus miembros más débiles como las mujeres, adolescentes y los niños viven una situación de alta vulnerabilidad, aumentando los riesgos y la posibilidad de presentar problemas de salud.

Las dificultades en el trayecto migratorio están marcadas por los diversos eventos traumáticos y la llegada a un nuevo entorno desconocido carente de oportunidades sociales económicas y humanas genera consecuencias emocionales que van a entorpecer la adaptación al nuevo entorno. Este proceso de adaptación y aculturación es más complejo y conflictivo en los adolescentes entre 11 y 18 años de edad que en los otros grupos etarios, pues ellos se encuentran en plena etapa de la construcción de la identidad, en la cual tiene mucha importancia la interacción con el entorno cultural y la estructura social lo cual generaría que la misma se vea alterada.

Los problemas de salud más dramáticos en los colombianos refugiados en Quito y posiblemente en todo el Ecuador, se relacionan con el acceso a alimentos y por lo tanto a la mal nutrición. La discriminación y la xenofobia, son hechos lacerantes que viven cotidianamente y de diversas maneras las familias colombianas refugiadas, agravando la situación emocional y los problemas de salud mental, de por sí ya importantes debido a la violencia que les obligó a desplazarse. La violencia se presenta también en la nueva casa que les acoge y adquiere diversa formas como violencia social cotidiana y violencia intrafamiliar.

Con todos estos antecedentes, que en si es el problema de nuestra investigación. En el presente trabajo nos hemos planteado la siguiente hipótesis y objetivos:

- Hipótesis: Los adolescentes de familias refugiadas colombianas tienen mayores factores de riesgo para la salud, que los adolescentes de familias ecuatorianas en las parroquias del Ángel y la libertad del Cantón Espejo del distrito 3 de salud de la provincia del Carchi.

-Objetivo General:

Determinar la relación de los principales factores de riesgo en salud en los adolescentes de familias refugiadas colombianas y ecuatorianas en las parroquias El Ángel y La Libertad del Cantón Espejo, distrito 3 de salud de la provincia del Carchi, de julio a diciembre del 2016.

-Objetivos específicos:--Identificar los principales factores individuales, familiares y sociales de riesgo en salud en los adolescentes de familias colombianas refugiadas y ecuatorianas.

--Determinar la frecuencia de los principales problemas en salud en adolescentes colombianos refugiados y ecuatorianos.

-Comparar la diferencia entre los factores de riesgo en salud hallados en los adolescentes de familias refugiadas colombianas y ecuatorianas y analizarlos.

Para lograr nuestra investigación hemos seguido la siguiente metodología: Se realizó un estudio no experimental, de corte transversal, comparativo y analítico

Para la recolección de información, previa autorización y firma del asentamiento y consentimiento informados por los adolescentes y sus representantes legales, se aplicó un cuestionario de recolección de datos que incluyó variables con los principales factores de riesgo en su contexto individual, familiar y social en torno a embarazo en adolescentes, las adicciones, la depresión, la violencia y la conducta alimentaria. Se aplicó cuestionarios como: SCOF para detección de trastornos de conducta alimentaria, CAGE-AID para evaluar consumo riesgoso de alcohol y drogas y PHQ-2 para tamizaje de depresión. Instrumentos familiares como el familiograma y APGAR familiar. La muestra para los adolescentes colombianos fue de 120 y para los ecuatorianos de 295, el tipo de muestreo para los dos grupos fue probabilístico, aleatorio simple, modalidad sorteo.

El procesamiento estadístico se realizó con la utilización del Programa estadístico: SPSS versión 20.0 para Windows y Epi Info 7. El análisis estadístico se realizó mediante distribución de frecuencias absolutas y relativas, media, desviación estándar, y porcentajes los cuáles se presentaron en tablas de contingencia y en

gráficos. La recolección de datos y los costos estuvieron a cargo de los postgradistas.

Este trabajo de investigación presenta los siguientes capítulos: en el Capítulo I se encuentra la introducción (problema de investigación, hipótesis y objetivos) y la justificación. En el capítulo II que se abordan los aspectos teóricos relacionados a la adolescencia, y sus factores de riesgo para los problemas de salud. En el capítulo III se presenta la metodología, en el capítulo IV los resultados, en el V la discusión y en el VI las conclusiones y recomendaciones de trabajo de investigación.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La adolescencia por ser un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social del adolescente, así como también en el núcleo familiar en que este se desenvuelve, se considera como un período de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de enfermedades y alteraciones de la personalidad, no es por tanto una etapa tormentosa, rebelde o conflictiva, sino de cambios y transformaciones que pueden llegar a ser problemáticos si no se le facilita al adolescente la posibilidad de realización de estos cambios.

La adolescencia es un período donde se adquieren y se consolidan los estilos de vida, ya que se refuerzan algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras provenientes de diferentes entornos de influencia como: la familia, los amigos, la escuela, los medios de comunicación, las instituciones y la sociedad en general. Creencias actitudes y comportamientos que se mantendrán durante la edad adulta.

Por este motivo es necesario poder establecer hábitos saludables durante esta etapa a fin de evitar problemas presentes y futuros. Se puede definir que lo sucedido en los primeros años de vida afecta la salud y el desarrollo de los adolescentes y a su vez lo ocurrido en la adolescencia repercute en la salud de la edad adulta.

A todos estos problemas se suma el desplazamiento forzado de los adolescentes de familias colombianas por el conflicto armado y la violencia. Este proceso migratorio está marcado por alteraciones emocionales que se incrementan en el lugar de recepción asociado a las consecuencias sociales y económicas.

Actuales estadísticas de morbilidad y mortalidad de los adolescentes a nivel mundial, Latinoamérica y de nuestro país son muy alarmantes en lo que se refiere a problemas en torno a la sexualidad, violencia, consumo de sustancias legales e ilegales, trastornos alimentarios y problemas de salud mental, sin embargo en nuestra área de intervención no contamos con estadísticas de estos problemas de salud en los adolescentes o existe un subregistro de los mismos. Y peor aún no contamos con investigaciones a nivel local acerca de este tema de salud muy preocupante.

A través de esta investigación se identificará y analizará los principales factores de riesgo para la salud que se presentan en los adolescentes de familias refugiadas, y su relación con adolescentes de familias ecuatorianas. Datos con los que no se cuenta en la región

El conocimiento más profundo de estos servirá para mejorar la atención integral a este grupo social que permita al personal de salud del área anticipar una atención adecuada y oportuna; con el objetivo de prevenir la aparición de futuros problemas de salud.

Los resultados del presente estudio nos sirvan de guía para la identificación temprana de los principales factores de riesgo para la salud de los adolescentes de las familias refugiadas y adolescentes de familias ecuatorianas, a fin de, brindar una atención preventiva oportuna, participativa, con enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural; para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, las familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida

La presente investigación será una herramienta que podrá ser utilizada como referencia en la creación de programas de intervención en salud familiar y escolar; y, ser la base de futuras investigaciones.

Este trabajo y sus resultados serán socializados con el personal de salud, educación, organizaciones sociales y comunidad con el fin de sensibilizar a los actores a realizar un trabajo coordinado, interinstitucional y multidisciplinario.

CAPÍTULO II

2-MARCO TEÓRICO

2.1-ENTENDIENDO A LA ADOLESCENCIA

“La adolescencia es el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016, p 1). Es una etapa de transición más importante del ser humano, en la cual se producen cambios biológicos (crecimiento, caracteres sexuales secundarios y capacidad de reproducción), psicológicos (pensamiento abstracto) y sociales (pertenencia grupal). En esta compleja etapa, se profundiza el proceso de construcción de la identidad, la autonomía, la sexualidad, la vocación y los proyectos de vida. (Ministerio de salud Pública (MSP) ,2014).

La adolescencia es aquella fase de crecimiento y desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en donde ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, el joven se hace biológica, como psicológica y socialmente maduro y capaz de vivir en forma independiente. Las características del desarrollo psicosocial normal son el resultado de la interacción entre el desarrollo alcanzado en las etapas previas del ciclo vital, factores biológicos y la influencia de múltiples determinantes sociales y culturales. Los continuos cambios hacen que el joven tenga un esfuerzo permanente de adaptación e integración y que tenga que afrontar nuevas decisiones y conflictos con el exterior, asumiendo con frecuencia conductas de riesgo (Gaete, 2015).

2.1.1. CAMBIOS BIOLÓGICOS

La pubertad es el inicio de la adolescencia temprana, es el período en el que aparecen los caracteres sexuales secundarios y la persona adquiere su capacidad reproductiva, en esta primera fase existe un aumento considerable de la estatura o “estirón puberal”, sobre todo en las chicas. En la niña la pubertad empieza sobre los 9-11 años, mientras que en el niño sucede entre los 11 y los 13 años. En las niñas lo primero en aparecer es el botón mamario y luego se inicia el crecimiento del vello en pubis y axilas, seguido por la menarquia. En los niños, la primera evidencia física de pubertad es el crecimiento testicular, posteriormente aparece el vello púbico y el aumento del tamaño del pene. Otros cambios típicos en mayor o menor intensidad en ambos sexos son el apareamiento del acné, el ensanchamiento de las caderas en mujeres o el cambio de voz y crecimiento de la laringe en hombres (Jiménez y Cerro, 2009).

2.1.2.- CAMBIOS PSICOLÓGICOS:

El desarrollo psicológico del adolescente es un proceso de construcción de la personalidad, en donde intervienen cambios cognitivos, aspectos emocionales e influencias socioculturales, este desarrollo psicológico es más lento que la maduración biológica, lo que hace que el joven experimente conflictos y presente posibles conductas de riesgo (Jiménez y Cerro, 2009).

Durante la construcción de la personalidad son fundamentales las cuestiones relacionadas con la identidad. En esta etapa los ajustes biológicos y sociales irán moldeando la identidad, cuando el joven logra moldear su identidad, la asume y es

fiel a ella, antes de lograrlo, habrá experimentado varias identificaciones, roles y conductas entre aciertos y fracasos, confusión y claridad, hasta ir encontrándose a sí mismo, al final de este proceso difícil, el adolescente adquiere identidad: sexual, vocacional, religiosa, ideológica y política.

Siendo la adolescencia es un período de gran vulnerabilidad, puede ocurrir que los jóvenes adquieran una identidad negativa por lo que es muy importante que la familia y la sociedad acompañen, entiendan y apoyen positivamente los procesos que vive el adolescente en la búsqueda de sí mismo (Armas y Diaz, 2007).

En lo que se refiere a cambios cognitivos, el adolescente evoluciona de un pensamiento infantil, concreto y presente, centrado en la realidad, al pensamiento abstracto, basado en la capacidad hipotético- deductivo.

2.1.3.-CAMBIO SOCIAL

En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia, es lo que se denomina socialización. Para el desarrollo social y las relaciones de los adolescentes es muy importante las siguientes necesidades: necesidad de formar relaciones afectivas, significativas y satisfactorias, necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas, necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos y necesidad de encontrar un rol sexual femenino o masculino y aprender la conducta apropiada al sexo. Los nuevos sentimientos, la búsqueda de la independencia y la emancipación de los padres, ocasionan que el

apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes de su misma edad.

2.2.-ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

La mayoría de los autores coinciden en la existencia de tres etapas de la adolescencia: adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia media (14-16 años) y adolescencia tardía (17-19 años).Esta clasificación nos va a permitir describir una serie de características biológicas y de personalidad propias de cada etapa, ya que todos los adolescentes no las viven de igual manera las mismas que están influenciadas por sus propias vivencias, experiencias y contexto socio familiar (Jiménez y Cerro, 2009).

2.2.1- Adolescencia Temprana (10-13 años)

En esta etapa el pensamiento del adolescente es concreto y tiene fines inmediatos, la separación de los padres está empezando, la actitud es rebelde pero no existe un distanciamiento real, los amigos son principalmente del mismo sexo, con ciertas aproximaciones al sexo opuesto, las demostraciones de mal genio están presentes, las rabietas van dirigidas casi siempre a los padres y en casos extremos estas pueden transformarse en conductas antisociales de violencia y delincuencia. En otros adolescentes se observa un desinterés progresivo por las actividades habituales con una afectación emocional y el aislamiento social, el joven se encierra en su habitación limitando la comunicación y ya existe la aparición de síntomas depresivos y de ansiedad que influyen en la conducta y contribuyen aún más al aislamiento.

Es decir el desarrollo psicológico de esta etapa está caracterizado por la existencia del egocentrismo, característica normal de los adolescentes, que va

desapareciendo progresivamente para dar paso al socio centrismo, (propio de la adultez) a medida que el adolescente va madurando.

Todos estos cambios se denominan crisis de entrada en la adolescencia; agregado a lo anterior el adolescente presenta cambios en su entorno como en la escuela, maestros, compañeros, sistema educativo, por lo tanto la familia se convierte en un factor fundamental de apoyo los mismos que le ayudarán a superar la crisis de ansiedad y depresivas para estructurar de mejor manera su personalidad (Jiménez y Cerro, 2009).

2. 2 2. Adolescencia Media (14-16 años)

En esta etapa la separación de la familia es más intensa como característica fundamental, seleccionan más a sus amigos y ya empiezan a relacionarse en pareja, el pensamiento abstracto es destacado. El punto central de interés es las relaciones interpersonales, elaboran ideas propias y tratan de descubrir las ideas de los demás. Pueden aparecer síntomas patológicos sobre sí mismo como físicos y psicológicos

Psicológicamente es el período de mayor relación con sus pares, compartiendo valores propios y es la etapa donde más se acentúan los conflictos con sus padres .para muchos adolescentes en esta etapa se da inicio a las experiencias y actividad sexual, se sienten no vulnerables y presentan conductas omnipotentes que generan riesgo. Muy preocupados por la apariencia física, pretenden tener un cuerpo más atractivo y se identifican con la moda

(Jiménez y Cerro, 2009).

2.2.3.- Adolescencia Tardía (17-19 años)

Esta etapa se constituye en la última del camino del adolescente hacia el logro de su identidad y autonomía. Para los adolescentes es un periodo de tranquilidad y aumento en la integración de su personalidad. Si las fases previas han sido superadas de una buena manera y si a esto se suma la presencia de la familia y un grupo de pares apoyadores, el joven estará en un buen camino para asumir las tareas de la adultez. Pero si no ha completado las tareas antes detalladas puede presentar problemas relacionados con el aumento de la independencia y las responsabilidades de la adultez joven tales como depresión y otros trastornos emocionales.

El desarrollo psicológico se ve marcado por una identidad más firme en sus diversos aspectos. Su autoimagen depende de sí mismo y no de los pares. Hay conciencia de los límites y limitaciones personales y sus intereses vienen a ser más estables, empieza a tomar decisiones en forma independiente y empieza a desarrollar habilidad de planificación para el futuro, la búsqueda de la vocación definitiva apremia más y los objetivos vocacionales se vuelven realistas. El joven realiza una elección de una carrera y/o laboral que satisfaga sus intereses capacidades y oportunidades. El adolescente es independiente en el aspecto financiero, aumenta el control de sus impulsos y aparece la capacidad de comprometerse.

En el desarrollo cognitivo el adolescente presenta un pensamiento abstracto y si su formación educativa ha sido adecuada alcanzara un pensamiento hipotético-inductivo que es propio de un adulto.

En el desarrollo social del adolescente las amistades se hacen menos y más selectivas, el joven se acerca más a la familia, aumenta la intimidad con sus padres

siempre y cuando haya existido una relación buena en años previos. Alcanza un grado de autonomía, le da valor a las experiencias de sus padres, aumenta el desarrollo personal y familiar sobre todo la relación padres-hijo cuando el clima es de verdadero respeto. En el desarrollo sexual el adolescente acepta los cambios corporales y su imagen, completa su desarrollo puberal, se identifica sexualmente, inicia relaciones sexuales y aumenta su inclinación hacia relaciones de pareja más íntimas y estables.

Por último en el desarrollo moral de esta etapa existe un acercamiento a los problemas de este tipo y depende de principios autónomos como universales que conservan su validez incluso más allá de las leyes existentes (Gaete, 2015).

2.3.-LA FAMILIA Y SUS FUNCIONES

Desde la perspectiva de las ciencias sociales la familia se define como “la unidad social básica formada alrededor de dos o más adultos que viven juntos en la misma casa y cooperan en actividades económicas, sociales y protectoras en el cuidado de los hijos propios o adoptados” (Armas y Díaz, 2007).

Desde la perspectiva sistémica a la familia se la define como un conjunto organizado e independiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior.

El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función al medio en que ella se desenvuelve. Para evaluar

el funcionamiento familiar, podemos analizar las seis funciones básicas de todas las familias:

-Comunicación.- Es una función primordial, ya que gracias a ella todas las demás pueden cumplirse. Toda conducta comunica, la familia utiliza mensajes verbales y paraverbales para transmitir afecto, ayuda, autoridad y comprensión.

-Afectividad.- Es la relación de cariño o amor existente entre los miembros de la familia. Los afectos se comunican.

-Apoyo.- la solidaridad familiar permite el desarrollo de todos los miembros. La familia proporciona apoyo a los miembros que lo necesitan, esta ayuda puede ser económica, afectiva, financiera, etc. Gracias a esta función se pueden resolver situaciones conflictivas o abortar momentos de crisis individuales o familiares.

-Adaptabilidad.- la familia debe adaptarse a los permanentes acontecimientos que la movilizan. La familia es un grupo dinámico, que mantiene relaciones internas con los elementos que la conforman, y externas con su entorno social, educacional y laboral; todas ellas la exponen a cambios, siendo necesario para resolver cada nueva situación una buena capacidad de adaptación que le permita responder adecuadamente a una variedad de estímulos.

-Autonomía.- La familia provee un sentido de pertenencia a un núcleo humano, de igual manera debe ser capaz de promover el respeto y la autonomía a cada uno de sus integrantes.

-Reglas y normas.- Las familias establecen reglas y normas de comportamiento que permiten mantener con orden y armonía la conducta de sus miembros dentro del hogar (Armas y Díaz, 2007).

2.3.1.-Valoración del Funcionamiento Familiar

El APGAR familiar es un instrumento que indica cómo los miembros de la familia perciben el nivel de funcionamiento de su familia en un momento determinado, para la determinación del funcionamiento familiar se aplica el test de APGAR familiar, herramienta propuesta por Gabriel Smilkstein en 1978, la cual nos permite realizar un estudio de los pilares fundamentales para una sana relación familiar.

Cada una de las letras hace referencia a la función familiar que evalúa:

A = Adaptación, P = Participación, G = Crecimiento, A = Afecto, Amor y R = Recursos (Suarez et al., 2014).

Para fines de encuestas a poblaciones más amplias se puede utilizar el APGAR que se evalúa sobre 10 puntos y deben ser excluidas las familias que estén atravesando una etapa de crisis.

Significado del test: Familia funcional: 7 a 10 puntos. Familia con disfunción Moderada: 4 a 6 puntos. Familia con disfunción severa: 0 a 3 puntos.

(Armas y Díaz, 2007).

2.3.2.-Estructura Familiar.

El primer paso para iniciar el abordaje de la familia consiste en investigar su estructura: quienes integran la familia, tipo de parentesco que los une y los relaciona entre ellos.

El Familiograma es un instrumento en el que se puede realizar una representación gráfica de los miembros de una familia y sus relaciones, puede ser de dos tipos:

-Familiograma estructural.- Nos permite conocer a los integrantes que componen una familia, sin utilizar simbología que nos demuestre las relaciones entre ellos.

-Familiograma funcional.- Utilizando la simbología convencional, nos permite advertir el juego relacional entre sus integrantes.

Es importante graficar la dinámica de tres generaciones, puesto que nos ayudará a advertir la existencia de: patrones que se repiten, mitos que casi no se topan, mitos compartidos, además mostrará las fortalezas y las virtudes que mantienen las familias.

Las familias según su estructura se pueden clasificar en:

-Familia nuclear: los padres y sus hijos.

-Familia extensa: más de dos generaciones en el mismo hogar.

-Familia ampliada: con parientes o con agregados.

-Familia Monoparental: uno de los padres y sus hijos

-Familia reconstruida: formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos trae un hijo de una relación anterior.

-Personas sin Familia: personas que viven solas.

-Equivalentes Familiares: personas que conviven en un mismo hogar sin construir un núcleo familiar tradicional (Armas y Díaz, 2007).

2.4.-ESTILOS DE CRIANZA Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS HIJOS

Cuando realizan sus funciones, los padres ponen en práctica unas técnicas llamadas estilos educativos, prácticas de crianza o estrategias de socialización. Con la finalidad de infundir, educar y orientar a los hijos para su integración social. Los estilos de crianza difieren de unos padres a otros y sus efectos en los hijos también son diferentes.

La familia es el contexto de crianza más importante en los primeros años de vida, allí se adquiere las primeras habilidades y los primeros hábitos que permitirán conquistar la autonomía y las conductas cruciales para la vida (Franco et al, 2014)

Las dimensiones de control, afecto y grado de implicación en la crianza de los hijos constituyen pilares fundamentales en la educación de los hijos y son las variables que mejor predicen un buen estilo educativo y calidad de las relaciones paterno-filiales.

Los padres que expresan altos niveles de emoción positiva y discuten estas emociones ayudan a sus hijos a experimentar y comprender las emociones, Las relaciones positivas la poca solidez en la educación en las primeras edades puede tener consecuencias muy negativas en el futuro del hijo, la falta de accesibilidad y de supervisión en los padres, acompañada de la escasa o nula comunicación paterno-filial se relaciona con la tendencia de los hijos a relacionarse con compañeros conflictivos y a formar comportamientos de riesgo de carácter antisocial.

Tanto la conducta del niño como su desarrollo socioemocional estarían influidos por prácticas de crianza. Además existe otra serie de factores que intervienen y modulan la relación entre padres e hijos, se trata de factores de tipo ambiental tales como la cultura, el estatus socioeconómico o el nivel educativo de los padres, en este sentido, el modelo ecológico propone que la conducta parental está multideterminada por fuerzas que actúan en el individuo, en la familia, en la comunidad y en la cultura en la que todos están inmersos (López et al, 2012).

Algunos autores definen el estilo de crianza en base al control y exigencia ejercido por los padres y el grado en que responden a la necesidad de los hijos, lo que se encuentra asociado como la individualidad, la auto-regulación y la autoafirmación de los hijos, cuya combinación genera estilos de crianza diferente:

-Autoritario.- caracterizado por una alta exigencia y baja respuesta a las necesidades de sus hijos, los padres manifiestan alto nivel de control y de exigencia de madurez y bajos niveles de comunicación y afecto explícito, existen abundantes normas y la exigencia de una obediencia bastante estricta, empleando en muchos casos el castigo físico y verbal. Las características de los adolescentes bajo este estilo de crianza son: agresividad o sumisión, rebeldía por impotencia, baja autoestima escasa autonomía y frustración.

-Permisivo.- implica una baja exigencia y alta receptividad a las necesidades. Son padres caracterizados por un nivel bajo de control y exigencia de madurez, pero con un nivel alto de comunicación y afecto, se caracteriza precisamente por el afecto y el dejar hacer, aceptan sus conductas y usan poco el castigo, no exigen responsabilidades ni orden, no existen normas que estructuren su vida cotidiana. Los

adolescentes criados bajo este estilo carecen de autodisciplina, pueden tener comportamiento de riesgos, desinterés, ansiedad o baja autoestima. Los estudios muestran que adolescentes con este tipo de crianza son más propensos a sufrir depresión, abuso de drogas, delincuencia y promiscuidad.

-Democrático.-caracterizado por una moderada exigencia y receptividad. Los padres presentan niveles altos de comunicación, afecto, control y exigencias de madurez, en consecuencia son afectuosos, evitan el castigo y son sensibles a las peticiones de atención del adolescente, explican razones y plantean exigencias e independencia. Los hijos son los más exitosos a corto y largo plazo, son adaptables, independientes y cooperadores.

-Negligente.- caracterizado como una falta de receptividad y exigencia. Los padres no son receptivos ni exigentes y a quienes sus hijos parecen serles indiferentes, presentan niveles muy bajos de afecto, comunicación control y exigencias de madurez, no hay apenas normas que cumplir, pero tampoco hay afecto que compartir, los padres actúan bajo el principio de no tener problemas o de minimizar los que se presentan, con escasa implicación y esfuerzo. Los hijos son inseguros, les cuesta acatar normas y son propensos a experimentar conflictos personales y sociales (Caycho et al, 2016).

La edad de las madres se relaciona de forma significativa en el tipo y calidad de las prácticas de crianza, siendo estas más negativas cuanto menor es la edad de las madres y más bajo su nivel de estudios, sus hijos muestran mayores problemas de inatención- hiperactividad y problemas con los compañeros.

Tanto una ausencia de control como una excesiva supervisión y protección de los niños y adolescentes pueden dar lugar a conductas disruptivas en distintos períodos evolutivos aunque con diferencias en función de variables como la etnicidad. El uso de castigo en los padres se ha asociado a una mayor expresión de afecto negativo y a mayor frecuencia de conductas externalizantes en los hijos (López et al, 2012).

Los progenitores que proporcionan un grado de autonomía adecuado, pero a su vez aplican normas, límites y apoyo emocional, favorecen un adecuado desarrollo social en el adolescente. El modelo óptimo para favorecer un desarrollo evolutivo adecuado es el estilo democrático ya que combina de manera adecuada los niveles de afecto/apoyo emocional y de control/disciplina; siendo los padres permisivos retardadores del desarrollo, los padres autoritarios limitantes del desempeño y los padres democráticos formadores de niños y adolescentes seguros, independientes y adaptados socialmente (Franco et al,2014).

Los niños y adolescentes necesitan un adecuado control parental en cuanto a normas y límites; que sean coherentes entre ambos progenitores, firmes y sistemáticos y que reduzcan la incertidumbre y la sensación de indefensión en los niños para obtener un adecuado aprendizaje en el contexto familiar (Franco et al,2014).

2.5.-PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un período de preparación para la edad adulta, más allá de la maduración física y sexual, dentro de esas experiencias incluyen la transición hacia

la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad y las capacidad de razonamiento abstracto.

Estos continuos cambios hacen que el joven tenga que realizar un esfuerzo permanente de adaptación e integración y que tenga que afrontar nuevas decisiones y conflictos con el exterior, los adolescentes se encuentran expuestos a muchos riesgos y adoptan hábitos y conductas de salud que se extenderán a la edad adulta.

La mayoría de los adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas, relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto accidentales como intencionados, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental, Los patrones de conducta que se establecen durante esta etapa, como el consumo de drogas , la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo (OMS, 2016).

El ciclo de la vida ofrece una importante perspectiva para la adopción de medidas de salud pública. Lo que sucede en una etapa de la vida afecta y se ve afectado por lo que sucede en otras, así, lo que sucede en los primeros años de vida afecta a la salud y el desarrollo de los adolescentes y, a su vez, la salud y el desarrollo durante la adolescencia repercute en la salud en la edad adulta e incluso en la salud y desarrollo de la siguiente generación (OMS ,2014)

Los cambios que tienen lugar en la adolescencia inciden en todas las enfermedades y comportamientos relacionados con la salud; son los causantes de la transición epidemiológica que se produce de las enfermedades infecciosas a las afecciones no transmisibles en la segunda década de la vida. Algunos jóvenes están particularmente expuestos a padecer problemas de salud y de desarrollo debidos a factores individuales y ambientales, como la marginación, la explotación sin el apoyo de los padres

Los principales problemas de salud durante la adolescencia se deben a conductas de riesgo y hábitos de vida, y no a patología aguda o crónica. No existen datos rigurosos acerca de estos problemas a nivel mundial,

La OMS afirma que existen áreas fundamentales que requieren especial atención en la salud del adolescente por el impacto que tiene sobre el paciente, su familia y la sociedad: La salud sexual y reproductiva, en especial embarazo no deseado, infección de transmisión sexual como el VIH, salud mental especialmente la depresión y el suicidio, abuso de sustancias psicotrópicas incluidas el alcohol, tabaco y las sustancias ilícitas violencia y trastornos de la conducta alimentaria (Salmerón y Casas, 2013).

2.5.1.-EMBARAZO EN ADOLESCENTE

El embarazo adolescente es aquel que ocurre en mujeres de 19 años o menos constituyéndose uno de los hechos más frecuentes en nuestra sociedad, experiencias difíciles que afectan la salud de los padres adolescente como la de sus hijos, familiares y sociedad en sí. El embarazo en los jóvenes es un evento

sorpresivo e inesperado, el mismo que genera reacciones de angustias propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, todo esto trae consigo la aparición de patologías orgánicas.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la segunda causa de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo, aproximadamente el 11 % de todos los nacimientos a nivel mundial corresponden a mujeres de 15 a 19 años y la mayor parte de ellos se registra en países de ingresos bajos y medianos. (OMS, 2016).

Las estadísticas sanitarias mundiales indican que la tasa media de natalidad mundial entre los adolescentes de 15 a 19 años es de 49% por 1000 adolescentes. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachos, siendo las más altas las de África Subsahariana (OMS, 2014).

Unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos, cada año, unos tres millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos (OMS, 2014).

Todos los días, 20.000 niñas de menos de 18 años dan a luz en países en desarrollo. En países desarrollados ocurre a una escala mucho menos.

Alrededor del 19 por ciento de las adolescentes en países en desarrollo se quedan embarazadas antes de los 18 años de edad. 2 millones de los 7,3 millones de partos de adolescentes menores de 18 que ocurren cada año en países en desarrollo son partos de niñas menores de 15 años. Alrededor de 70.000

adolescentes en países en desarrollo mueren por año por causas relacionadas con el embarazo y el parto (UNFPA, 2013).

La tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de América latina y el Caribe, con un valor de 73,2 por mil, se destaca por ser muy elevado, comparada con 48,9% a nivel mundial y de 52,7 en los países en desarrollo. Prácticamente duplica los niveles del resto de la región, y sólo es superado por África en donde alcanza 103 por mil. En América del norte, Asia y Oceanía las tasa varían entre el 32,8 y 37,3 por mil, mientras que Europa tiene el nivel más bajo que es de 19 por mil.

América latina y el caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo, con 18 de cada 100 nacimientos, después del África subsahariana. Proyecciones recientes plantean que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá estable durante el período 2020-2100. En la región una tercera parte de los embarazos corresponden a menores de 18 años, un 20 % de estas son menores de 15 años, en esta edad el embarazo suele ser producto de violencia sexual, puesto que las adolescentes están expuestas a condiciones de alta vulnerabilidad, entre ellas a varios tipos de violencia y riesgos (UNICEF, 2014).

Las tasas de fertilidad adolescente en la región de América Latina y el Caribe no han descendido en la misma proporción que las de a nivel global, de hecho se prevé que serán las más altas del mundo, en esta región, una de cada tres jóvenes es madre antes de cumplir 20 años. Entre los países de la región con mayor porcentajes de

madres adolescentes se encuentran: Nicaragua, Honduras, República Dominicana, Guatemala y El Salvador, Ecuador y Bolivia y Colombia (UNICEF, 2014).

El Ecuador es el segundo país en América Latina en embarazo en adolescente, más del 17 % de las jóvenes ecuatorianas de entre 15 y 19 años son madres. En el Ecuador existe un total de 122.301 adolescentes entre 12 a 19 años embarazadas, la tasa por cada 1000 nacidos vivos es de 107,20 (Bunco, 2015).

En el Hospital Básico el Ángel en el año 2015, según datos proporcionados en estadística se atendieron 126 partos de los cuales 31 fueron de adolescente de 15 a 19 años (24.6%).

2.5.1.1.- Principales factores de riesgo para embarazo adolescente

Muchos de los adolescentes no son conscientes de los riesgos y consecuencias que implica ser sexualmente activos, las adolescentes en embarazo son consideradas grupo de alto riesgo ya que físicamente su cuerpo está en proceso de formación y por las implicaciones sociales y psicológicas de la gestación y cuyas consecuencias afecta no solamente a la joven madre sino también al padre adolescente, a sus hijos, a los familiares y consecuencias sociales. Hoy el embarazo adolescente se lo considera un grave problema de salud pública por ser la población más pobre y vulnerable y que cada día va en aumento.

Entre los principales factores de riesgo que intervienen en los embarazos no deseados en las adolescentes tenemos : causas individuales como inicio precoz en la

actividad sexual, baja escolaridad, falta de madurez, falta de compromiso con sus responsabilidades, no utilizar métodos anticonceptivos, falta de educación sexual, víctima de violencia; causas familiares como ser hijas de madres adolescentes, disfunción familiar, desestructuración familiar, estilos de crianza erróneas como el permisivo, negligente o autoritario; factores socioculturales como escasos recursos económicos, baja escolaridad, la presión de grupo por parte de otras adolescentes a que tengan relaciones sexuales ,desconocimiento de centros de información y planificación familiar y miedo a acudir a la consulta por si sus padres se enteran.

En todo el mundo, muchas mujeres de 15 a 19 años están embarazadas o ya han dado a luz, esta situación ocurre especialmente en áreas rurales en donde las niñas se casan jóvenes y se las presiona para que empiecen a tener hijos. Las adolescentes de hogares más pobres tienen más probabilidades de quedar embarazadas o dar a luz que las de hogares más ricos .La maternidad precoz generalmente limita las oportunidades de las adolescentes a acceder a educación y capacitación (UNICEF, 2013).

Ahondado en el argumento económico, un joven que pertenece a una familia de escasos recursos usa el embarazo como un paso para formar su propia familia y salir de círculo de pobreza en el que se ve inmersa, además este embarazo precoz puede ser una forma de adquirir independencia de los padres. En el momento en que una adolescente queda embarazada pierde la conexión con su institución educativa. La mayoría de las madres adolescentes forman parte de la población económicamente inactiva del país, dedicándose a tareas de crianza de sus hijos, sin realizar las actividades de formación profesional. (Bunco et al, 2015).

La violencia es uno de los principales factores que inciden en el embarazo en adolescentes, el 60 % de mujeres ecuatorianas han sufrido violencia en algún momento de su vida. Del total de mujeres que han vivido algún tipo de violencia el 76% ha sido violentada por su pareja o expareja, el 87,3% de las mujeres han vivido violencia física en sus relaciones de pareja; el 53,6% han vivido violencia sexual por parte de su pareja. Existe una relación directa entre violencia y número de hijos: en las mujeres con más de 3 hijos el nivel de violencia aumenta.

Las mujeres casadas entre 16 y 20 años son las que mayor violencia han vivido: 70,5%. Dentro de la violencia sexual el encosto es una de las manifestaciones más alarmantes, por la naturaleza de este tipo de agresión y porque sucede en un espacio que debería ser seguro para vivir la niñez y la adolescencia. (Bunco et al, 2015).

Actualmente la educación sexual y reproductiva en instituciones educativas evita el embarazo prematuro, de tal manera que las adolescentes que no están en la escuela son más proclives a quedar embarazadas que las que están en la escuela. Además el acceso a los servicios de salud en el Ecuador ha sido limitado, todavía existen sectores rurales que no cuentan con centros de salud cercanos, ni con profesionales que tengan la preparación necesaria para tratar el embarazo en adolescentes, la ausencia de una atención médica oportuna no solo incide en temas de salud en madres e hijos, sino que no logra contribuir a una planificación familiar adecuada. (Bunco et al, 2015).

2.5.2.- CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

El consumo de drogas lícitas e ilícitas traen consecuencias físicas como emocionales y representan un problema de salud pública en todo el mundo. En la

adolescencia esta experiencia constituye un marco importante en la transición del adolescente a la vida adulta, la búsqueda de la identidad y la separación de los padres influyen en esta fase en donde la familia constituye una fuente de apoyo y seguridad.

El abuso de ese consumo lleva a consecuencias perjudiciales para la salud de los adolescentes lo que puede causar dependencia, los costos tanto económicos, personales, familiares y sociales son muy grandes. La adicción de los adolescentes no solo corresponde al uso de drogas ilegales o prohibidas tales como: marihuana, cocaína, crack si no a drogas farmacológicas auto medicadas y a el alcohol.

Los datos estadísticos en el ecuador nos indican que el consumo de cigarrillo en los adolescentes inicia a los 13 años, el consumo de alcohol a los 13 años y 7 meses; de la marihuana a los 13 años y 2 meses y los inhalables a los 13 años y 4 meses

2.5.2.1.-Principales factores de riesgo para consumo de drogas en adolescente

Los niños y adolescentes están expuestos a muchos factores de riesgo para el consumo de drogas tales como: las familias disfuncionales, las propias características de personalidad, la influencia de los pares, estilos de crianza y el ambiente social (Riofrio, 2015).

2.5.2.1.1.-Familias disfuncionales

Muchos autores han considerado a las familias disfuncionales como un factor de riesgo para el desarrollo de individuos con problemas del comportamiento o adaptación, dichas familias desorganizadas rompen la función socializadora de los hijos, son familias con estilos de vida y comportamientos des adaptativos,

dificultando la tarea de sus padres en la educación de sus hijos, entorpecen la labor de la escuela y además permiten que sus hijos se asocien con amigos con valores antisociales. Estas familias acumulan eventos estresantes, se ven afectadas frecuentemente por los problemas que influyen sobre la familia como un todo (problemas económicos, disputas por la custodia de los hijos), lo cual repercute en los miembros de la familia en situaciones como vagancia, fuga del hogar, conducta delictiva, abuso de drogas.

Existen muchos factores que intervienen en este fenómeno como el desempleo, la ausencia de los padres, las malas relaciones con los vínculos entre los miembros de la familia, problemas económicos, la migración forzada de uno o ambos padres, pero también hay otros factores que precipitan las familias disfuncionales como el trabajo de ambos conyugues fuera del hogar. Esto genera que los padres no tengan un involucramiento con los niños y adolescentes en cuento al acompañamiento emocional y físico en periodos tan importantes para su desarrollo. El impacto negativo de las familias disfuncionales se dan en el orden emocional y psicológico especialmente cuando el hijo o hija entran en el periodo de pubertad o adolescencia, algunos investigadores califican a las familias disfuncionales cuando se encuentran desatendidas en algunas responsabilidades como:

- **Afecto.** Sobre involucramiento, dependencia emocional de la pareja a sus familias de origen.
- **Socialización.** Cuando existe ausencia de uno de los padres, consumo de alcohol u otras drogas, desempleo, conductas antisociales en el entorno familiar, fugaz del hogar, fracaso escolar y prostitución.

- Cuidado. Violencia intrafamiliar, mala higiene personal, falta de cuidados en la salud.
- Reproducción. Embarazo no deseado, embarazo en adolescentes, abortos, excesivo número de hijos.
- Estatus. Inestabilidad emocional, pobreza, separación o divorcio, incapacidad laboral, cambios frecuentes de domicilio o ciudad (UNODC, 2013).

2.5.2.1.2.-Factores asociados al grupo de amigos o pares

La influencia de los amigos y compañeros son un factor importante para el consumo de drogas en la adolescencia, existen dos tipos de influencia: la activa y la pasiva. Las influencias activas se refieren exclusivamente al ofrecimiento de las drogas. En cambio las influencias sociales pasivas se refieren a la interpretación que se tiene sobre el consumo de drogas en los pares por ejemplo un adolescente puede percibir que una droga es consumida mayoritariamente cuando en realidad no lo es. Los adolescentes sobreestiman la permisividad y el consumo de sus pares respecto a las drogas.

Para reducir la influencia activa de sus amigos ciertas estrategias han sido elegidas por parte de los programas prevención en la utilización de conductas verbales diversas como (no, no gracias, yo no tomo) y no verbales (contacto visual, postura, tono de voz).

2.5.2.1.3.-Ámbito Comunitario

Es muy significativa la influencia del barrio o vecindario en el consumo de drogas legales o ilegales. Es importante decir que además de la familia la comunidad ejerce control sobre el comportamiento de los adolescentes sin embargo cuando la comunidad está bien organizada y estructurada generan eficacia colectiva y organización social protectora en estos problemas como el consumo de drogas y delincuencia.

La comunidad puede ser escenario de protección o riesgo, la desorganización social o la inestabilidad en los barrios se asocian con problemas de comportamiento individual a través de mecanismos de recursos sociales, socialización colectiva, modelado y estrés. Esta desorganización de la comunidad impide la solución de muchos problemas que influyen de manera negativa en las personas y las familias.

Frente a esto la aplicación de normas (ordenanzas municipales), padres sensibilizados con conductas saludables y coordinación con las autoridades contribuyen a la reducción del consumo de drogas. (Cabanillas, 2015).

Para evaluar el consumo riesgoso de alcohol y drogas la Guía de Supervisión de Normalización del MSP 2014 utiliza el cuestionario CAGE-AID (anexo N 6).

2.5.3.-DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Según el DCM4 los criterios para el diagnóstico de un cuadro depresivo son: un periodo mayor de dos semanas en el cual hay un estado de ánimo deprimido y una baja de placer o motivación (anhedonia) en el que existen cinco o más de los siguientes síntomas: problemas de concentración, fatiga o pérdida de energía,

cambios en el peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento motor, sentimiento de inutilidad e ideas recurrentes de muerte o suicidio. Toda esta sintomatología lleva a un deterioro laboral, social o interpersonal.

En la actualidad se considera a la depresión como un problema de salud pública cuyas consecuencias y manifestaciones no solo que afectan al individuo sino a todo el grupo familiar y social, los mismos que involucran alteraciones emocionales graves y duraderas relacionadas con un estado de ánimo bajo o irritable acompañado de pérdida de placer en las actividades diarias, de la misma manera el aumento o la pérdida del apetito o el sueño, sentimientos de inutilidad entre otros. Toda esta sintomatología clínica tiene repercusiones que afectan la dinámica de interacción en donde el individuo se desarrolle asociándose con problemas psicológicos y sociales, con el riesgo de conductas violentas, consumo de sustancias y suicidio.

Los problemas más frecuentes son los psicológicos y sociales, los mismos que aumentan las conductas violentas, consumo de sustancias y el suicidio tanto en esta etapa como en la adultez. Los síntomas depresivos que se presentan en la adolescencia se han relacionado con un mayor riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico posterior especialmente depresión o el uso de sustancias.

2.5.3.1.-Principales factores de riesgo para depresión en la adolescencia.

Muchos son los factores de esta problemática que implica la comprensión de factores biológicos (herencia, alteraciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central), psicológicos (personalidad, factores relacionado con el desarrollo, creencias) y sociales (contexto social, económico, ideológico, roles), entendiendo

que hay ciertos factores que ayudan a desencadenar o evitar la presencia de un trastorno depresivo como los factores ambientales, eventos vitales estresantes, conflictos con el padre o la madre, afiliaciones con pares, comportamientos antisociales, logros y compromisos académicos, que tienen una influencia causal frente a la depresión y la ansiedad.

Existen muchos factores predisponentes que pueden aumentar la susceptibilidad a la psicopatología y crear condiciones suficientes en la aparición de estos desordenes.

En la adolescencia el tema de la depresión es muy importante por los problemas y repercusiones mentales que conllevan. En esta misma línea se puede manifestar que los síntomas depresivos en la adolescencia están relacionados con un alto riesgo de padecer cuadros depresivos o uso de sustancias en la adultez así como las fobias se relacionan con los trastornos y la ansiedad posterior. (Hoyos, 2012)

Cada vez más los niños y adolescentes son afectados por cuadros depresivos. Sin embargo a estos síntomas se los considera como parte de la "crisis de la adolescencia" por lo que al niño y al adolescente no se le diagnostica a tiempo peor aún no se le atiende adecuadamente. De ahí las consecuencias fatales como la muerte en los adolescentes por el suicidio.

Es importante manifestar que la depresión y la conducta depresiva es rara en niños pre escolares sin embargo la depresión como problema emocional es muy importante en el niño y el adolescente, igualmente las ideas de suicidio se dan prácticamente con la misma frecuencia en niños y adolescentes aunque los intentos suicidas ocurren más en adolescentes y de estos en el género masculino se presentan con mayor frecuencia. Debemos manifestar que el niño y el adolescente acuden a

consulta no por la sintomatología de la depresión si no por otros síntomas manifestados en su conducta como por ejemplo: irritable, desafiante, negativa. En la escuela se muestra agresivo y con problemas en el rendimiento académico. Los padres muchas de las ocasiones se niegan a comprender que su hijo se encuentra deprimido. Este cuadro depresivo en niños y adolescentes tiene un inicio insidioso y curso crónico, diferente en un adulto donde predomina un inicio agudo y curso episódico. En el adolescente deprimido predomina la disforia e irritabilidad más que la tristeza, con frecuencia manifiestan molestias somáticas como: dolor de estómago, dolor de cabeza y nauseas.

Es muy frecuente que los cuadros depresivos en el niño se asocien a trastornos emocionales como la ansiedad y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en el adolescente con cuadro depresivo tienden al consumo de bebidas alcohólicas y drogas.

Es importante manifestar que el profesional observe y evalúe todo el cuadro familiar empezando por los padres debido a que hay estudios que sugieren influencia de factores genéticos. El adolescente experimenta una serie de eventos como: dudas sobre sí mismo, confusión, presión para lograr el éxito y temores asociados a pérdidas. Para algunos adolescentes la separación de sus padres y la formación de una nueva familia son factores que contribuyen a la depresión y a ideas suicidas.

Muchos padres ignoran por completo las ideas suicidas de sus hijos, esto se debe a que la mayoría de los niños y adolescentes con cuadros depresivos no muestran signos de aviso como lo hacen los adultos con manifestaciones muy obvias de depresión. Por lo tanto en los niños y adolescentes la idea del suicidio está más

relacionada con los trastornos de conducta que con los depresivos haciendo más difícil la diferencia entre niños y adolescentes suicidas y rebeldes.

Es importante considerar el concepto que los niños y adolescentes tienen acerca del suicidio, muchos de ellos desean matarse pero no morir, esto se entiende por qué en muchos casos el niño y el adolescente no ve la muerte como algo irreversible. Algunas de las causas raras de muerte por suicidio en niños y adolescentes son el temor a un castigo inminente, reproches por haberse portado mal, propósito de castigar a los padres y el deseo de reunirse con un ser querido que ha fallecido.

El suicidio en el adolescente presenta un cuadro totalmente diferente al del niño, las amenazas y los intentos suicidas son muy frecuentes y en ocasiones se llegan a consumir. Sin embargo el estado de ánimo es un factor predisponente muy importante pero existen otros relacionados con los intentos suicidas en los adolescentes como: pérdida de un objeto de amor, la muerte o abandono del progenitor o la pareja, la autoestima baja llevándolos a creer que merecen morir, el coraje y deseos de venganza, desordenes psíquicos, el juego suicida en busca de emociones fuertes. Pero la principal característica entre la verdadera intención suicida y las amenazas es el aislamiento social por lo tanto mientras el adolescente tenga alguien a quien puede recurrir en busca de ayuda o en quien pueda expresar su agresión el suicidio se puede evitar por lo tanto es importante prestar la atención necesaria al adolescente que por lo general lo solicitan a personas ajenas a su familia. (Romero, 2012).

Para tamizaje de depresión la Guía de Supervisión de Normalización del MSP 2014 utiliza el cuestionario PHQ-2 (anexo N 8).

2.5.4.-VIOLENCIA EN LA ADOLESCENCIA

En 1999 la reunión de consulta de la OMS sobre la prevención del maltrato de menores redactó la siguiente afirmación: "el maltrato o vejación de menores abarca todas las malas formas de maltratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido, negligencia, explotación comercial o de otro tipo que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (OMS, 2014).

2.5.4.1.-Clasificación de la violencia

La violencia puede ser clasificada como física, psicológica o social. La física comprende cualquier acto no accidental que produce daño a la integridad física de un individuo con lesiones leves o graves, es el tipo de violencia más frecuente. Este tipo de violencia se expresa mediante conductas como golpear, apretar, empujar, tirar el pelo y patear. En cuanto a la violencia física los porcentajes más bajos son para el uso de armas y los más altos para lesiones producidas por empujones e intentos de estrangulamiento.

La psicológica implica acción u omisión y es cuando se hiere a otra persona sin dejar huellas visibles. Este tipo de violencia produce un daño en la esfera emocional y el principal medio de agresión fundamental que se utiliza es la comunicación verbal, se presenta con mayor frecuencia en parejas jóvenes con comportamientos como exigir, criticar, manipular, controlar, humillar, insultar, no respetar acuerdos, ignorar, descalificar y discriminar.

La violencia sexual se refiere a cualquier tipo de presión física o emocional ejercida por una persona para imponer a otra actos de tipo sexual, son acciones de

sexo forzado, acoso sexual, humillación sexual, inducción a la pornografía o prostitución, tocamientos lascivos o la violación. (Manoella, 2015,)

Una niña, niño, adolescente o joven sufre violencia física cuando notamos los siguientes signos de alerta: contusiones, moretones, hinchazón, fracturas, laceraciones, ojos morados o dolores que aparecen bruscamente y que no tienen ninguna explicación. A menudo presentan dificultad para caminar o sentarse, tiene la ropa manchada o con sangre, son recurrentes las lesiones en el mismo niño, niña o adolescente además presentan cambios conductuales o síntomas emocionales como aislamiento, apatía e irritabilidad, existe un ausentismo a clases, descuido en su aseo personal. Hay relatos de maltratos por parte de niña, niño o adolescente a otros niños, niñas, adolescentes o personas adultas, parece temerles a sus padres y protesta o llora cuando le toca ir a su casa igualmente le teme al acercamiento o contacto de otras personas mayores de edad. Por lo general los padres no brindan una explicación coherente cuando el adolescente presenta una lesión o traumatismo evidente, frecuente los padres se refieren a su hija o hijo como un demonio, sus padres por lo general tienen antecedentes de haber sido maltratados o abandonados.

Una niña, niño, joven o adolescente sufre maltrato emocional o psicológico si este muestra comportamientos extremos, presenta conductas que requieren llamadas de atención y en otras ocasiones pasividad extrema. El adolescente asume roles o actitudes de personas adultas como por ejemplo cuidar de otros niños, muestran un desarrollo físico o emocional retrasado y en muchas de las ocasiones han tenido intento de suicidio. Los padres frecuentemente culpan a la niña, niño o adolescente, no le dan importancia a las declaraciones hechas por los maestros o maestras acerca

de la niña, niño o adolescente, estos se niegan a considerar la ayuda que les ofrecen para superar los problemas.

Finalmente la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes engloba diversas formas de actividad sexual, entre una niña, niño o adolescente y una persona mayor, con mayor frecuencia hombre o un niño mayor. La actividad puede ser forzada físicamente o lograda utilizando coercitivas como ofrecimiento de dinero para la escuela o amenazas de revelar la situación. La violencia sexual entonces se produce cuando a una persona menor de edad se utiliza la fuerza para mantener contacto sexual valiéndose de la fuerza física, de engaños, amenazas o sobornos generalmente producida por adultos o jóvenes mayores que sus víctimas. La violencia sexual tiene una mayor presentación en niñas y adolescentes mujeres que en hombres, muchas de las veces perpetrada por un hombre mayor que tiene bajo su responsabilidad a la niña o adolescente mujer.

De la misma manera la violencia sexual dentro de la familia puede estar perpetrada por el padre, padrastro, abuelo, tío, hermano y otro hombre de confianza en la familia, la violencia sexual lleva consigo una afectación psicológica de traición de parte de un miembro de la familia a quien se le encargo el cuidado de la niña, niño o adolescente. La violencia sexual contra los menores de edad es todo acto en el que a través de todos los medios como la utilización de la fuerza física, seducción, persuasión, intimidación, coerción, presión o amenaza se obliga a la niña, niño, adolescente o joven a que ejecute actos sexuales contra su voluntad o que participe en actos sexuales que le hacen sentir mal, es entonces en la etapa de la adolescencia donde las mujeres son más vulnerables a sufrir violencia sexual.

Otras acciones o delitos de violencia sexual son los de contagio de enfermedades de transmisión sexual, exhibicionismo sexual, violencia a la intimidación sexual, agresión sexual y las actividades sexuales remuneradas con personas menores de edad.

Es necesario indicar que el impacto sobre la niña, niño, joven o adolescente depende de varios factores como quien perpetró el abuso o violencia sexual, el tiempo durante el cual se viene produciendo del hecho, la utilización de la fuerza o personalidad particular, su edad o sexo.

Debemos considerar la posibilidad de abuso o violencia sexual cuando la niña, niño, joven o adolescente presenta: dificultad para andar o sentarse, enuresis, encopresis, ropa interior rasgada ensangrentada, genitales o ano hinchados, dilatados y rojos, presencia de semen en genitales, boca o ropa; son pacientes que repentinamente no quieren hacer ejercicio físico, demuestran comportamientos sexuales inusuales o sofisticados para la edad, simulan tener actividad sexual con compañeros menores o de la misma edad, queda embarazada o contrae enfermedades de transmisión sexual antes de los 14 años, existe antecedentes de haber huido de la casa y dice que fue objeto de abuso sexual por parientes o personas a su cuidado, igualmente se debe considerar abuso o violencia sexual cuando los padres o tutores son extremadamente protectores y limitan al extremo el contacto de su hija o hijo con otros niños en especial del sexo opuesto.

2.5.5.-TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Existen varios factores que llevan a padecer un trastorno de la conducta alimentaria debido a que estos trastornos se han incrementado en los últimos tiempos llegando a ser la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres adolescentes y al gran poder que ejerce este sobre el ser humano es de gran importancia los factores de riesgo que lo provocan o mantienen.

2.5.5.1.-Anorexia nerviosa.

El término anorexia nerviosa se lo define como la falta de apetito de origen psicológico, existen cuatro criterios diagnósticos para definir la anorexia nerviosa como: el miedo intenso a ganar peso en donde el paciente rechaza a tener un peso igual o mayor al mínimo considerado según su edad y estatura; la presencia de amenorrea y una alteración de la percepción de su peso o imagen corporal misma que se encuentra distorsionada.

Según el DSM IV existen dos tipos de este trastorno: el tipo restrictivo en donde el paciente asume actitudes para bajar de peso como ayunos prolongados o ejercicios intensos sin recurrir a atracones o purgas, mientras que el tipo compulsivo purgativo el paciente adopta formas de regular atracones o purgas como provocarse el vómito y el uso continuo de laxantes.

El cuadro clínico que puede presentarse en la anorexia nerviosa es amenorrea, temor a engordar, adelgazamiento, alteración de la imagen corporal, rechazo y renuncia a la alimentación, aislamiento social, incremento de actividad física, actos compensatorios inadecuados y negación de los síntomas. Estos pacientes igualmente

presentan baja autoestima, alteración en los pensamientos relaciones a los alimentos, desequilibrio emocional, impulso irrefrenable por mostrarse autosuficientes y un estereotipo cultural en el que la delgadez la considera como éxito. Se estima que el 0.5% mujeres en Estados Unidos y Europa pueden padecer esta enfermedad, es decir una de cada doscientas mujeres padecen anorexia nerviosa.

Hoy se considera que la anorexia nerviosa es una enfermedad global sin clase social, edad o sexo.

5.5.5.2.-*Bulimia nerviosa.*

Etimológicamente significa hambre de buey, un hambre descontrolada, desmedida, es un trastorno de la ingesta en la que los individuos sobre todo mujeres presentan episodios de voracidad unidas a conductas compensatorias como la provocación del vómito, uso de laxantes, ayunos frecuentes y actividad física intensa. Los individuos que padecen dicha enfermedad presentan una alteración en la percepción y silueta corporal que influyen en la autoevaluación del individuo.

Según el DSM IV existen dos tipos de bulimia nerviosa: el purgativo en la que el paciente se auto provoca vómitos, utiliza laxantes, diuréticos o enemas y el no purgativo en el que el paciente realiza sus conductas compensatorias con ejercicios físicos y ayunos.

El paciente con bulimia nerviosa presenta irregularidades en el comer por temor al sobre peso debido a que su autoestima se relaciona directamente con su silueta, peso y la habilidad para controlarlos, es por eso que realiza actos compensatorios inadecuados para adelgazar y evitando el descontrol o aumento de peso.

Los pacientes con trastornos de conducta alimentaria realizan su evaluación de su peso, silueta corporal y su capacidad para controlarlos. La bulimia nerviosa como la anorexia nerviosa comparte rasgos de personalidad depresiva, oculta el alimento, son pacientes perfeccionistas y obsesivos a la hora de bajar de peso por lo que estos pacientes suelen pesarse constantemente y se preocupan exageradamente ante cualquier fluctuación de su peso.

Los pacientes con bulimia nerviosa son personas de apariencia y peso normal o sobrepeso, presentan dificultades para controlar sus impulsos y frecuentemente presentan temor al abandono y auto des valoración. En cambio los pacientes con anorexia nerviosa se caracterizan por el perfeccionismo y por ser rígidamente auto controlado.

2.5.5.3.-Trastornos alimentarios no específicos

Se denominan aquellos trastornos que no cumplen para anorexia nerviosa ni bulimia nerviosa, se identifican cinco grupos de trastornos alimentarios no específicos: el restrictivo que se caracteriza por un control creciente sobre los alimentos por temor a engordar manteniendo una menstruación regular, son pacientes que tienen temor a ser criticados o rechazados con sentimientos de inferioridad y la habilidad emocional. El segundo grupo se denomina atracones subjetivos se caracterizan por utilizar conductas compensatorias cuando se ingiere algo no planificado o permitido. En el síndrome de descontrol alimentario el paciente se caracteriza por presentar atracones sin la presencia de conductas compensatorias tanto el segundo como el tercer grupo de estos trastornos presentan rasgos de personalidad borde de con grandes esfuerzos para evitar el fracaso y fallas en el

control de impulsos. El cuarto grupo se denomina de baja frecuencia sintomática que son pacientes con descontrol alimentario y conductas compensatorias, los pacientes que mastican y escupen grandes cantidades de alimento con el fin de regular su peso se agrupan aquí.

2.5.5.4.-Trastornos de la imagen corporal

La imagen corporal se encuentra integrada por tres componentes. Perceptual basado en la precisión que se percibe el cuerpo en su totalidad o diferentes partes de él, su alteración es la alteración del cuerpo en sus dimensiones mayores a las reales. El segundo componente es el subjetivo que se refiere a las actitudes, sentimientos que evoca el cuerpo como cualquier apariencia física como el peso corporal y el tamaño. El tercero es el conductual que son las acciones en respuesta a los sentimientos del individuo respecto a su cuerpo.

2.5.5.5.- Influencia sociocultural

Es el esfuerzo que realiza uno o más individuos para cambiar las actitudes, creencias, percepciones y comportamientos de otras personas. Existen diversos tipos de influencias como la conformidad, la condescendencia, la obediencia a la autoridad y el adoctrinamiento. Los individuos cambian sus actitudes para poder pertenecer a la sociedad, es decir muchas veces eligen seguir a los demás es decir el individuo busca agradar a los demás o ser aceptado.

En la actualidad se habla de cultura de delgadez como objetivo para lograr belleza por tanto la cultura se compone de ideas, tradiciones y valores de la sociedad quienes lo interiorizan y actúan de una forma determinada.

Los medios de comunicación y la publicidad son unos de los agentes socioculturales que tienen un papel importante en la sociedad e influyen continuamente en el proceso de culturalización.

Hoy en la actualidad los individuos se encuentran bombardeados, libros, Páginas web y videos que le enseñan trucos para adelgazar, es entonces cuando el adolescente con el afán de definirse a si mismo puede llegar a desarrollar conductas des adaptativas tales como adoptar conductas que alteren los hábitos alimentarios con el fin de pertenecer al grupo socialmente valorado. De esta forma el adolescente puede verse incitado por sus pares a desarrollar conductas alimentarias des adaptativas (Lozada, 2015)

La función o disfunción familiar se expresa por la capacidad que tiene este grupo para enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, crecimiento individual y la interacción entre ellos dentro del respeto, la autonomía y el espacio del otro.

Durante la adolescencia ocurren cambios muy importantes que se reflejan en la esfera biopsicosocial del individuo, los mismos que causan tensiones que alteran de alguna manera el ingreso a la sociedad donde se desarrollan. Muchas de las características familiares como la estructura, comunicación, participación familiar, afecto, respeto a normas éticas y morales contribuyen al desarrollo integral del

adolescente pero también se constituye en un terreno propicio para el desarrollo de conductas inadecuadas por parte del adolescente.

Las disfuncionalidad familiar se constituyen en un factor importante que condiciona la aparición de problemas socioculturales y de salud del adolescente como farmacodependencia, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, depresión y suicidio.

En general los adultos a cargo de familias disfuncionales tienen modelos de comunicación autoritarios, rígidos y tradicionales que apelan a la represión, el miedo, la prohibición, el engaño, el silencio, entre otros. Otra característica de la disfuncionalidad es la falta de cohesión donde los integrantes de la familia no se brindan ayuda frente a los problemas. Por lo general las familias disfuncionales no aceptan tener un problema responden de manera negativa a todo tipo de ayuda, la mentira se la utiliza como una manera de ocultar la realidad y poder aparentar que todo está bien mientras que la desesperación y la frustración desarrollan una incapacidad para enfrentar los problemas. Las relaciones entre todos sus miembros se dan con autoritarismo y miedo donde se evidencia la falta de cariño y la tolerancia entre sus miembros. (Pérez et al, 2011).

Se denomina familia funcional cuando afronta las crisis de una manera coherente buscando siempre la estabilidad, característica que no está aislada si no que el ambiente y las redes de apoyo influyen de manera positiva ante la crisis logrando estabilidad familiar y personal y sobre todo respondiendo a las demandas del entorno.

Podemos decir entonces que los cambios en la estructura familiar son determinantes en su funcionamiento pues los roles de los integrantes ausentes deben ser reemplazados por los permanentes con lo cual se genera tensiones y conductas lesivas para el funcionamiento familiar. Según la encuesta nacional de demografía y salud 2010 en Colombia ha existido un cambio hacia la feminización cercana al 10% de tal forma que 56% de los menores de quince años viven con ambos padres, el 32% vive con la madre, un 3% con el padre y un 7% con ninguno de los dos.

La violencia intrafamiliar es un problema local, regional y nacional con algunas de sus causas prevenibles, si comprendemos el funcionamiento familiar de ahí la importancia de la investigación en la familia y en sus diferentes contextos (Perdomo, 2015).

Algunos autores refieren a la familia como uno de los contextos con mayor número de factores de riesgo y protección en relación a los adolescentes que consumen alcohol. La familia es considerada como un contexto transmisor de creencias, valores, actitudes y patrones de comportamiento. Por lo tanto en el fenómeno de las adicciones se pone de relieve al funcionamiento familiar como un elemento de mayor influencia directa sobre el consumo de alcohol en los hijos. La interacción familiar como la comunicación deficiente, baja cohesión, conflictos frecuentes, castigo excesivo o el consumo de los propios padres influye claramente en el consumo de los hijos. Los padres de familia deben proponer un ambiente familiar con interacción, comunicación y manifestación de emociones de manera positiva. Esta interacción familiar y una comunicación de calidad mejoran el grado de vinculación entre sus miembros con lo que disminuye el conflicto y permite la

recuperación de la autoestima individual y familiar a demás que facilita el acompañamiento durante el tratamiento del adicto y la resolución asertiva de conflictos.

Este ambiente familiar positivo facilita una interacción saludable entre sus miembros con lo que se incrementa la sensación de satisfacción y tranquilidad de los padres, de la misma manera se puede manifestar que la vinculación y apego entre padres y sus hijos dentro de un ambiente estable de cariño y cuidado mejora la percepción de los integrantes no adictos de la familia sobre sus vidas.

El adolescente tiene interés por ir a la escuela, al trabajo o a realizar las actividades cotidianas igualmente el apoyo emocional con pares les da seguridad e incrementa la autoestima y auto eficacia. El ambiente positivo mejora la auto percepción y le permite manejar eventualidades adversas por lo tanto el manejo y toma de decisión estresantes se constituye como un factor protector en familias con adolescentes infractores y problemas de adicción. Todos estos elementos positivos al interior de la familia fomentan los vínculos de apoyo en situaciones de crisis por lo que superar todos los eventos estresantes depende de las competencias familiares para generar redes de apoyo en sus propios miembros y al exterior de la misma.

De la misma manera la familia se convierte en un nicho amortiguador de los efectos de la adversidad que facilita el aprendizaje de estrategias y actitudes frente a actitudes estresantes y vínculos que facilitan el apoyo en momentos de angustia.

Es importante resaltar también que no todas las conductas positivas ayudan a superar la adversidad ya que un mismo factor puede actuar como positivo o negativo dependiendo del contexto, es decir un factor de protección también puede actuar

como factor de riesgo. Entonces tanto los factores de riesgo como de protección interactúan en un proceso complejo para producir lo que llamamos resiliencia. (Cortés et al, 2015).

Para detección de trastornos de conducta alimentaria la Guía de Supervisión de Normalización del MSP 2014 utiliza el cuestionario SCOFF (anexo N 7).

2.6.-MIGRACIÓN

El creciente desplazamiento de las personas hacia las ciudades hace que vivamos en un mundo cada vez más urbano en el 2014 el 54 % de todos los habitantes del planeta vivían en las zonas urbanas. Es de prever entonces que para el 2050 la población urbana actual que es de 3900 millones, aumente hasta alcanzar unos 6.400 millones más aún se estima que cada semana hay 3 millones de personas en el mundo que llegan a las ciudades

Uno de cada 5 migrantes viven en una de las 20 ciudades más pobladas del mundo como Sídney, Londres y Nueva York los migrantes representan más de la tercera parte de la población y en algunas ciudades como Bruselas y Dubái conforman más de la mitad de la población, igualmente hay otras ciudades en el mundo como Seúl, Asia y África que han registrado un aumento muy notable de la migración.

Actualmente se estima que en el mundo hay 232 millones de migrantes internacionales y 740 millones de migrantes internos .alrededor de 50% de los migrantes internacionales viven en 10 países urbanizados y de ingresos altos es decir Australia, Canadá y los Estados Unidos de América igualmente varios países de Europa como Alemania, España, Francia y el Reino Unido, Arabia Saudita, Los

Emiratos Árabes Unidos y la federación de Rusia. Es de prever que existirá un aumento de la población en los próximos años en unos 2500 millones de personas en los países de ingresos bajos y medianos como África y Asia. A pesar de que África no es un país con la mayor urbanización sin embargo su población urbana ha aumentado con una velocidad sin precedentes.

Es así que en la década de los 60 Johannesburgo era la única ciudad de África Subsahariana con una población de más de un millón de habitantes. Se estima que unas 120 mil personas emigran hacia las ciudades en la región de Asia-Pacífico y que para el 2050 el porcentaje de Habitantes para las zonas urbanas aumentara considerablemente en un 63%.

Este fenómeno de la Migración a gran escala hacia los centros urbanos es inevitable y se debe a las realidades globales del envejecimiento de las sociedades, el lento y desigual crecimiento económico y la inestabilidad ambiental y climática. Pero para muchas ciudades el fenómeno de la migración se ha convertido en el determinante del crecimiento de la población donde la estructura etaria es más importante que las tasas de fecundidad y mortalidad. Hoy en la actualidad la migración ha cambiado en relación con la economía mundial, hoy son más las ciudades que se han convertido en los lugares de destino de los migrantes especialmente los países con una plena expansión económica como Asia Oriental, Brasil, África Meridional y la región occidental de la India.

En consecuencia las ciudades enfrentan situaciones cada vez mayores en lo que se refiere a los efectos de la migración. Las políticas migratorias de los países de origen y de destino tienen efectos positivos y negativos en las ciudades un ejemplo

de esto es las políticas confusas e inadecuadas sobre la situación laboral en África, Asia y Europa que pueden propiciar migración irregular y asentamientos urbanos informales. Entonces los recién llegados por lo general se establecen en zonas propensas a peligros, precarios con poco acceso a los recursos y pocas oportunidades para la resiliencia.

Cuando existen dificultades ellos son los más afectados. En muchas ciudades de países donde se generan ingresos económicos bajos y medianos los asentamientos informales son los puntos de entrada para los migrantes. A pesar de estas dificultades los migrantes siempre encuentran algún tipo de actividad económica u oportunidad para mejorar su bienestar.

El traslado a las ciudades puede cambiar el bienestar de las personas como también es una forma de escapar a los peligros que implica una frágil subsistencia rural y por lo tanto permite el acceso a una diversidad de oportunidades como empleo, salud y educación lo que permite reducir la pobreza tanto de personas que se desplazan como de las que permanecen en su lugar de origen. Las ciudades también pueden aprovechar ese fenómeno de la migración para conseguir ventajas sociales y económicas que pueden contribuir a afrontar la productividad de la misma manera el ingreso de los migrantes en el mercado laboral es positiva tanto para el lugar de origen como para el de destino a pesar de la transformación de ciertas ciudades y la gestión de sus gobiernos todavía no se concede la debida prioridad a las actividades dirigidas a reducir la pobreza. Las políticas y las medidas locales integradoras son importantes para el bienestar y la resiliencia de los migrantes aunque todavía se

necesita instrumentos e instituciones nacionales e internacionales eficaces (OIM, 2015).

En América latina y el Caribe la migración internacional tanto para los movimientos permanentes como los temporales aumento en un 5% por año durante el periodo 2012-2013, esta migración es esencialmente intrarregional con la integración económica dada por varios acuerdos regionales, se producen mayores movimientos migratorios en su mayoría de naturaleza regional.

En la mayoría de los países de las Américas la inmigración de las mujeres sigue siendo minoritario con 45% de los inmigrantes mujeres, el mismo porcentaje para los inmigrantes del resto de mundo, solo en Chile y Costa Rica las mujeres constituyen la mayoría de inmigrantes en cambio en el otro extremo como Canadá, Perú y Colombia las mujeres representan menos del 40% de todos los inmigrantes.

La solicitud de asilo en América latina y el Caribe es un fenómeno poco común, se estima que existen 18 solicitudes por cada millón de habitantes en el 2013, menos de una décima aparte observadas en cañada y Estados Unidos. En el año 2010 las solicitudes se han mantenido en niveles inferiores a los promedios que se registraban en otros años. Es importante destacar la aparición de solicitantes de asilo de Siria que el segundo país de origen de los solicitantes después de cuba.

La población inmigrante en las Américas ha aumentado de 34 millones en 1990 a 61 millones en el 2013 con un incremento de casi 78% comparado al 42% observado para el resto del mundo, la mayoría de este aumento fue en Canadá y estados unidos en donde la población inmigrante se duplico desde 1990 con un nivel 53 millones de personas en el 2013, el contraste de esto la población inmigrante en América latina y

el Caribe ha aumentado solo en 19% en 1990 alcanzando un nivel de 7.7 millones en el 2013 entonces la población inmigrante en América latina y el Caribe ha sido algo mayor en lo observado en Canadá y Estados Unidos. A pesar de este aumento la inmigración se limita a esta región representando solo el 1.4% del total de la población en la región en el año 2013 comparado con el 14.9% para Canadá y Estados Unidos.

Los Estados Unidos de América es el país de mayor destino para los inmigrantes de las Américas y de todo el mundo. Es así que en 1990 y 2013 los inmigrantes en los estados unidos se duplicaron para el 2013 5 de cada 6 inmigrantes de las Américas y uno de cada cinco en todo el mundo vivían en Estados Unidos. A pesar de que Estados Unidos sigue siendo el país con mayor cantidad de inmigrantes otros países han experimentado la aparición de inmigrantes que por lo general vienen de países vecinos.

El 64% de los inmigrantes en el Caribe provienen de la misma región, 63% de la región andina y 44% del cono sur. De la América central el promedio es más bajo porque la mayoría de los inmigrantes en México provienen de los Estados Unidos, muchos de estos inmigrantes son los hijos e hijas nacidas en Estados Unidos de Mexicanos que regresaron a su país de origen por otro lado Estados Unidos es el principal país de emigrantes de las Américas, para los nicaragüenses Costa Rica es el principal país de residencia, para los Chilenos, Paraguayos, bolivianos lo es Argentina, para los Colombianos Venezuela y Ecuador, para los Argentinos España, para Surinam Los países bajos y para los ciudadanos de los Estados Unidos es México. (Migración Internacional en las Américas SICREMI ,2015) .

En el Ecuador los procesos migratorios históricamente han acompañado la formación y transformación económica y social del país, es así que a partir de 1969 se incrementó el número de emigrantes ecuatorianos hacia países como estados unidos de América y España, así como también la llegada de población extranjera a nuestro país especialmente ha sido muy importante la llegada de población desde el vecino país de Colombia en necesidad de protección internacional, igualmente en los últimos cinco años se intensificaron los flujos de entrada y salida de población como al retorno de Ecuatorianos/as como una característica novedosa.

Estos flujos migratorios en los últimos 10 años han sido compartidos con otros países de América latina en donde factores domésticos como externos nos permiten comprender la especificidad de estos flujos en el caso Ecuatoriano. Por otro lado la presencia creciente de población refugiada en el país se agudiza a partir del conflicto armado en Colombia a inicios de la década del 2000 que ha producido una salida masiva de su población hacia los países fronterizos como Ecuador y Venezuela

El desplazamiento forzado en Colombia afecta más del 10% de la población con 51856406 de personas desplazadas desde el año de 1985 y con un promedio de 9988 cada año constituyéndose Colombia como el país con mayor desplazados a nivel mundial. Ecuador se constituye en el país de la región con mayor número de refugiados reconocidos y de personas en necesidad de protección internacional, se encuentran tanto solicitantes de asilo como "población invisible" que no solicita o no sabe cómo seguir el proceso.

En la actualidad que entre 900 y 1000 personas solicitan la condición de refugiado cada mes pero también se observa migración desde Colombia hacia el

Ecuador que no están relacionados directamente relacionados con la violencia o amenazas dirigidas, sin embargo es difícil distinguir con claridad la migración económica de la migración forzada pues muchas de las veces estas son provocadas por la imposibilidad de conseguir recursos para poder sobrevivir a causa de la presencia de grupos armados, control de territorios, confinamientos y falta de protección gubernamental.

Ecuador se convirtió en el país de destino de la población de Colombia desplazada por el conflicto armado a partir de los años 96 y 97, pero desde el año 2002 se registró un drástico aumento con una tasa de crecimiento anual 41.7% entre 1990 y 2006. De acuerdo a los datos del ministerio de relaciones exteriores en el periodo posterior el número de solicitudes de asilo son considerables 3.0407 en el año 2009, 2.3907 en el año 2010, 13.236 en el 2011, 11.817 en el 2012, 2.801 hasta finales de marzo del 2013 sumando 147616 el total de solicitudes de las cuales el 36.8% tuvo una respuesta favorable y los datos actuales reconocen como refugiados a 54.470 personas constituyéndose el Ecuador como el país de la región donde se ha reconocido al mayor número de personas refugiadas.

La provincia del Carchi se ha convertido en una de las aéreas de recepción de miles de personas que huyen del conflicto Colombiano en busca de protección internacional, los esfuerzos de integración de los refugiados se ven afectados por la difícil situación socio económica local y agravados por el impacto delo conflicto Colombiano. Al redor del 60% de los solicitantes de asilo en Esmeralda se consideran afro Colombianos en Carchi el 60% de la población refugiada vive en sector rural de las misma manera en la provincia de Sucumbíos.

En Esmeraldas 5.996 personas se encuentran en calidad de refugiados 18.560 en calidad de solicitantes de asilo, en Carchi 4.894 refugiados y 13.636 solicitantes de asilo, Imbabura 4.153 refugiados y 14.555 solicitantes de asilo, Sucumbíos 12.861 refugiados y 29.259 solicitantes de asilo, en todos estos lugares la población migrante tiene un acceso reducido a los servicios básicos de la misma manera la inseguridad ha aumentado en los últimos años constituyéndose un reto en la integración de la población refugiada (ACNUR, 2014)

La problemática de los refugiados es uno de los temas más complejos que enfrenta en la actualidad el mundo, ser refugiado va más allá de ser extranjero, significa vivir en el exilio y depender de otros para cubrir las necesidades básicas como la vestimenta, la alimentación y el albergue (ACNUR ,2011)

EL desplazamiento de la población Colombiana a nuestro país por razones de violencia constituye un problema grave con implicaciones sociales que afectan a un porcentaje significativo de ciudadanos convirtiéndose en un factor causante de problemas físicos y emocionales que deben ser abordados desde la salud pública. (ACNUR ,2011).

CAPÍTULO III

3.-METODOLOGIA

3.1 La unidad de estudios en nuestra investigación fueron los adolescentes, se tomó en cuenta los grupos de estudio:

- 1.- adolescentes de 10 a 19 años, hijos de familias colombianas refugiadas que viven en las parroquias el Ángel y La libertad del cantón Espejo, .El universo de

este grupo según datos entregados por representante de movilidad humana de la ciudad el Ángel fue de 172 adolescentes, la muestra del estudio investigativo fue de 120 adolescentes con un margen de error de 5%, un porcentaje estimado de la muestra de 50 % y un nivel de confianza de 95%.

El cálculo de la muestra se realizó utilizando la siguiente fórmula para población finita:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

n: Muestra que está sujeta a estudio

N: Universo = 172

Z²: Nivel de confianza del 95 % = 1.96

E: Margen de error 5 % = 0.05

P: Proporción de la muestra = 0.5

q: complemento de p= 0.5

$$\frac{(172) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (172-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$\frac{165.1888}{1.3879} = 119.02$$

2.- Adolescentes de 10 a 19 años de familias ecuatorianas que viven las parroquias el Ángel y la Libertad del Cantón Espejo, provincia del Carchi .El universo de este grupo según la proyección de censo para el 2016 en las parroquias el Ángel y la Libertad fue de 1252 adolescentes, la muestra fue de 295 adolescentes calculada con un margen de error de 5%, un porcentaje estimado de la muestra de 50 % y un nivel de confianza de 95%.

El cálculo de la muestra se realizó utilizando la siguiente fórmula para población finita:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

A continuación se detalla la fórmula para el cálculo de la muestra:

n: Muestra que está sujeta a estudio

N: Universo = 1252

Z^2 : Nivel de confianza del 95 % = 1.96

E: Margen de error 5 % = 0.05

P: Proporción de la muestra = 0.5

q: complemento de p= 0.5

$$\frac{(1252) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (1252-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = 295$$

El tipo de muestreo para los dos grupos fue probabilístico, aleatorio simple, modalidad sorteo.

3.1.1 Criterios de Inclusión

- Adolescentes de 10 a 19 años de edad de familias colombianas refugiadas o en trámite de refugio y de familias ecuatorianas residentes en las parroquias el Ángel y la Libertad del Cantón Espejo de la provincia del Carchi.
- Adolescentes y/o padres o representantes legales que hayan firmado el consentimiento y asentamiento informado

3.1.2 Criterios de Exclusión

- Adolescentes con enfermedades mentales

3.2 TIPO DE ESTUDIO

En el presente estudio se utilizó el método cuantitativo, porque el procesamiento y análisis de los datos investigados son expresados cuantitativamente y se empleó métodos estadísticos para analizar los datos y probar las hipótesis planteadas.

El diseño que se empleó fue el no experimental, de corte transversal, ya que se recolectó datos en un solo momento en un tiempo único, cuyo propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Según el análisis y alcance de los resultados nuestro estudio fue analítico puesto que se buscó contestar porqué sucedió determinado fenómeno, cuál es la causa o factor de riesgo asociado, o cuál fue el efecto de esa causa o factor de riesgo. En general se buscó la asociación o correlación entre variables

3.3.-PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario de recolección de datos que incluyó las variables con los principales factores de riesgo en su contexto individual, familiar y social en torno a la embarazo en adolescentes, las

adicciones, la depresión, la violencia y la conducta alimentaria en los adolescentes , realizada por los autores (anexo 3), el mismo que se aplicó a cada uno de los adolescentes de las familias refugiadas y ecuatorianas previa autorización y firma del asentamiento informado (anexo 1) y consentimiento informado (anexo 2), por los adolescentes y representante legal en forma confidencial en su domicilio.

En el presente estudio se utilizó instrumentos familiares como el familiograma para la determinación de la estructura familiar (anexo 5). Para la determinación del funcionamiento familiar se aplicará el test de APGAR familiar (Anexo 4) cuya herramienta nos permitirá realizar un estudio de los pilares fundamentales para una sana funcionalidad familiar. Además de utilizará cuestionarios como: SCOFF para detección de trastornos de la conducta alimentaria (anexo 7), CAGE_AID para determinar consumo riesgoso de alcohol y drogas (anexo 6) y el cuestionario PHQ-2 para el tamizaje de depresión en adolescente (anexo 8). Todos ellos tomados de la Guía de atención del adolescente del MSP del Ecuador 2014.

Para garantizar la calidad de la información, los datos fueron recopilados exclusivamente por los autores de la investigación.

3.4 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La base de datos se obtuvo de los parámetros estudiados y su procesamiento estadístico se realizará con la utilización del Programa estadístico: SPSS (Statistic Package for Social Science) versión 20.0 para Windows y Epi Info 7. El análisis estadístico se realizará mediante distribución de frecuencias absolutas y relativas, media, desviación estándar, etc. los cuáles son presentados en tablas de contingencia y en gráficos. Para probar la hipótesis se utilizó estadística inferencial, cuyo propósito principal es legitimar generalizaciones sobre

poblaciones usando datos de muestras, empleando el razonamiento inductivo, basándose en la probabilidad.

La prueba de la hipótesis se realizó mediante un procedimiento sistemático de los siguientes pasos: planteamiento de hipótesis nula y alternativa, selección del nivel de significancia, determinar el tamaño de la muestra, establecer los valores críticos que establecen la regiones de rechazo de las de no rechazo, determinar la prueba estadística, coleccionar los datos y calcular el valor de la muestra de la prueba estadística apropiada, determinar se la prueba estadística ha sido en la zona de rechazo a una de no rechazo y determinar y expresar la decisión estadística en términos del problema.

3.5.-. ASPECTOS BIOETICOS.

La investigación e realizó previa información a los adolescentes y padres o representantes legales tanto ecuatorianos como colombianos refugiados de todos los aspectos relacionados con la misma, se firmó modelos de asentamiento y consentimiento informados que siguieron las normas de la Organización Mundial de la Salud, donde cada adolescente y representante legal manifestó su voluntad de participar en el estudio. (Anexos 1 y2).

También se respetó la confidencialidad de los datos recolectados, así como se protegió la identidad de cada cuestionario.

3.6.-OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Tabla 1: Operacionalización de las variables.

<i>Variable</i>	<i>Clasificación</i>	<i>Operacionalización</i>		<i>Indicadores</i>
		<i>Escala</i>	<i>Descripción</i>	
<i>SOCIODEMOGRÁFICAS</i>				
<i>Edad</i>	Cuantitativa continua	Adolescencia -Temprana (10- 13años) (1) -Media(14-16) (2) -Tardía(17-19)(3)	Tiempo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento de un individuo hasta la fecha del estudio	Registro de la edad en años cumplidos obtenido en el cuestionario
<i>Sexo</i>	Cualitativa nominal dicotómica	-Hombre (1) -Mujer (2) -Intersexual (3)	Según sexo del biológico del adolescente	Registro del sexo obtenido en el cuestionario
<i>Instrucción</i>	Cualitativa	-Analfabeto (1) -Educación General Básica (2) -Bachillerato (3) -Superior (4)	Nivel de educación que cursa	Registro de año que cursa obtenido en el cuestionario
<i>Ocupación</i>	Cualitativa	-Estudia (1) -Trabaja (2)	A que se dedica en el momento de la investigación	Información obtenida en el cuestionario
<i>Estado Civil</i>	Cualitativa	Soltera (1) Casada(2) Unión libre(3) Divorciada(4))Separada(5)	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Registro del estado civil obtenido del cuestionario
<i>Nacionalidad</i>	Cualitativa	Ecuatoriana (1) Colombiana (2)	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación	Nacionalidad registrada en el cuestionario
<i>Residencia</i>	Cualitativa	-Urbano(1)	Lugar donde radica	Lugar de

		-Rural(2)	una persona	residencia registrado en el cuestionario
FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES				
<i>Deserción Escolar</i>	Cualitativa	Si(1) No (2)	Abandono de estudios por diferentes causa	Abandono de estudios documentado en cuestionario
<i>Inicio precoz de vida sexual activa</i>	Cuantitativa	Temprana :10 a 13 años(1) -Intermedia: 14 a 16 años(2) Tardía: 17 a19 años (3)	Temprana edad a la que inicia actividad sexual	Edad de Inicio de actividad sexual documentada en cuestionario
<i>Embarazo en adolescente</i>	Cualitativa	Si (1) No(2)	Embarazo que se produce en adolescentes	Embarazo anterior o actual registrado en cuestionario
<i>Uso de preservativo</i>	Cualitativa	Si(1) No(2)	Método anticonceptivo que impide o reduce las posibilidades de una fecundación y transmisión de ITS	Uso de condón documentado en cuestionario
<i>Consumo de alcohol</i>	Cualitativa	Si (1) No (2)	Acción de beber cualquier sustancia que contenga alcohol	Consumo de alcohol documentado en cuestionario, en caso de ser positivo aplicar Cuestionario AUDIT-C para ver consumo riesgoso
<i>Consumo de drogas</i>	Cualitativa	Si (1) No(2)	Acción de consumir sustancias ilegales	Consumo de drogas documentado en cuestionario
<i>Víctima de violencia</i>	Cualitativa	Sexual (1)	Todo acto u omisión realizada usando la	Violencia documentada

		Física (2) Psicológica(3)	fuerza física, psicológica y/o emocional con la intención de causar daño	en cuestionario
<i>Depresión</i>	Cualitativa	Si (1) No(2)	Alteración del estado de ánimo, con reducción de la energía y disminución de la actividad	Tamizaje de depresión con cuestionario PHQ-2
<i>Trastornos de la conducta alimentaria</i>	Cualitativa	Si (1) No (2)	Comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso	Cuestionario SCOFF
<i>FACTORES DE RIESGO FAMILIARES</i>				
<i>Estructura Familiar</i>	Cualitativa	Nuclear(1) No Nuclear(2) Extendida Ampliada Monoparental Reconstruida Personas sin familia Equivalentes familiares	Define como está estructurada una familia	Familigrama
<i>Funcionamiento familiar</i>	Cualitativa	Familia funcional 7-10 puntos(1) Disfuncional (2) moderada de 4-6 puntos Disfunción severa de 0 - 3 puntos	Se define a la relación interpersonal entre todos los miembros de la familia y el adolescente en estudio donde se tiene en cuenta el equilibrio o funcionalidad familiar	APGAR Familiar

<i>Patrón de crianza de los Hijos</i>		Riesgo (1) Sobreprotect or Autoritario Permisivo No riesgo(2) Democrático	Son usos y costumbres, así como valores, actitudes, roles y hábitos que se transmiten de generación en generación para cuidar, criar y educar a los hijos	Patrones de crianza documentados en cuestionario
<i>Padres que consumen alcohol o drogas</i>		Si (1) No(2)	Acción de beber cualquier sustancia que contenga alcohol o consumir drogas ilegales	Consumo de alcohol y drogas documentada en cuestionario
<i>Madre con embarazo en adolescencia</i>		Si (1) No(2)	Embarazo que se produce en la etapa de la adolescencia	Embarazo en adolescencia de madre documentado en cuestionario
FACTORES DE RIESGO SOCIALES				
<i>Refugiado</i>		Si (1) No(2)	Persona que se encuentra fuera de su país de origen a causa de un temor fundado de persecución por motivo de raza, religión, opinión política, pertenencia a grupo social o conflicto armado y que no se acoge a la protección en su país.	Refugiado documentado en cuestionario
<i>Ingreso Familiar</i>	Cuantitativa	< ingreso básico (370) > ingreso básico	El total de ingresos brutos de todos los integrantes del hogar	Registro de ingresos documentada en cuestionario

CAPÍTULO IV

4-RESULTADOS

4.1ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1.1-DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Se aplicó cuestionarios a 415 adolescentes quienes residen en las parroquias de El Ángel y La Libertad del Cantón Espejo, provincia del Carchi, previo consentimiento y asentamiento informado aceptado por los representantes legales y adolescentes.

El promedio (media) de edad de los participantes fue de 15,2 años, mediana 16, el mínimo de años fue 10 y máximo 19, DS 2, 0, con una desviación izquierda.

Tabla 2: Nacionalidad y sexo 2016

	SEXO		
NACIONALIDAD	HOMBRE	MUJER	Total
COLOMBIANO	64	56	120
Row%	53,33%	46,67%	100,00%
Col%	29,36%	28,43%	28,92%
ECUATORIANO	154	141	295
Row%	52,20%	47,80%	100,00%
Col%	70,64%	71,57%	71,08%
TOTAL	218	197	415
Row%	52,53%	47,47%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

El grupo de estudio comprende adolescentes de nacionalidad tanto ecuatoriana como colombiana, obteniendo los siguientes resultados: 120(28,92%) son colombianos, de ellos 64 (53,33%) son hombres y 56 (46,67%) mujeres. 295 (71,08%) son ecuatorianos, de ellos 154(52,20%) son hombres y 141 (47,8%) mujeres.

Del total de adolescentes participantes, 197 / (47,5%) fueron mujeres y 218 (52,5%) hombres, con un predominio de hombres en el grupo.

Tabla 3. Nacionalidad nivel de Instrucción 2016

	NIVELDEINSTRUCCION			
NACIONALIDAD	ANALFABETO	BACHILLERATO	EDUCACION GENERAL BASICA	Total
COLOMBIANO	0	26	94	120
Row%	0,00%	21,67%	78,33%	100,00%
Col%	0,00%	10,12%	60,65%	28,92%
ECUATORIANO	3	231	61	295
Row%	1,02%	78,31%	20,68%	100,00%
Col%	100,00%	89,88%	39,35%	71,08%
TOTAL	3	257	155	415
Row%	0,72%	61,93%	37,35%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

En cuanto al nivel de instrucción, de los 415 adolescentes estudiados 3 (100%) son analfabetos y se encuentran en el grupo ecuatoriano, 155(37,35%) refieren tener Educación General Básica, de ellos 94(60,95%)son colombianos y 61(39,35%) ecuatorianos y 257(61,93) cursan bachillerato 26 (10.12%) son colombianos y

231(89,88%) ecuatorianos. Observándose que en el grupo ecuatoriano existen 3 analfabetos que corresponde al 100% de los analfabetos y un alto porcentaje (89.88%) que cursan bachillerato, en cambio en el grupo de adolescentes colombianos existe un alto porcentaje (60.65%) que cursan Educación General Básica.

Tabla 4: Nacionalidad y ocupación 2016

	OCUPACION		
NACIONALIDAD	ESTUDIA	TRABAJA	Total
COLOMBIANO	69	51	120
Row%	57,50%	42,50%	100,00%
Col%	19,77%	77,27%	28,92%
ECUATORIANO	280	15	295
Row%	94,92%	5,08%	100,00%
Col%	80,23%	22,73%	71,08%
TOTAL	349	66	415
Row%	84,10%	15,90%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del total del grupo estudiado, 349 (84.10%) Adolescentes estudian, de ellos 69(57,50%) son colombianos y 280(94,92%) ecuatorianos. 66(15,90%) adolescentes trabaja, 51(42,50%) son colombianos y 15 (5,08%) ecuatorianos. Observándose un mayor porcentaje (80,2) de adolescentes que estudian en el grupo ecuatoriano y un

mayor porcentaje (77,27%) de adolescentes que trabajan en el grupo de los colombianos.

Tabla 5: Nacionalidad y deserción escolar

	DESCERCIONESCOLAR		
NACIONALIDAD	NO	SI	Total
COLOMBIANO	69	51	120
Row%	57,50%	42,50%	100,00%
Col%	21,23%	56,67%	28,92%
ECUATORIANO	256	39	295
Row%	86,78%	13,22%	100,00%
Col%	78,77%	43,33%	71,08%
TOTAL	325	90	415
Row%	78,31%	21,69%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del total de los participantes 90(21,69%) reportaron deserción escolar, de ellos 51 (56,67%) son colombianos y 39(43,33%) son ecuatorianos. Evidenciándose que existe un mayor porcentaje (56.67%) del total de deserción escolar en los adolescentes colombianos.

Tabla 6: Nacionalidad y estado civil 2016

	ESTADOCIVIL			
NACIONALIDAD	CASADO	SOLTERO	UNION LIBRE	Total
COLOMBIANO	0	108	12	120
Row%	0,00%	90,00%	10,00%	100,00%
Col%	0,00%	27,14%	85,71%	28,92%
ECUATORIANO	3	290	2	295
Row%	1,02%	98,31%	0,68%	100,00%
Col%	100,00%	72,86%	14,29%	71,08%
TOTAL	3	398	14	415
Row%	0,72%	95,90%	3,37%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del total del grupo estudiado 3(100%) son casados y se encuentran en el grupo de los ecuatorianos, 398 (95,90%) son solteros ,de ellos 108 (27,14) son colombianos y 290(72,86%) son ecuatorianos, 14 (3,3%) se encuentran en unión libre, de ellos 12(10%) son colombianos y 2 (0,68%) son ecuatorianos. Concluyendo que 3(100%)son casados y se encuentran en el grupo ecuatorianos , el mayor porcentaje (72,86%) de los solteros se encuentra en el grupo de los ecuatorianos y el mayor

porcentaje (85,71%) de los adolescentes que se encuentran en unión libre son colombianos.

Tabla 7: Nacionalidad y residencia 2016

	RESIDENCIA		
NACIONALIDAD	RURAL	URBANO	Total
COLOMBIANO	71	49	120
Row%	59,17%	40,83%	100,00%
Col%	27,63%	31,01%	28,92%
ECUATORIANO	186	109	295
Row%	63,05%	36,95%	100,00%
Col%	72,37%	68,99%	71,08%
TOTAL	257	158	415
Row%	61,93%	38,07%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

De los 415 adolescentes estudiados 257(61,93%) viven en el sector rural, de ellos 71(27,63%) son colombianos y 186(72,37%) ecuatorianos. 158 (38,07%) viven en el

sector urbano, de ellos 49(31,01%) son colombianos y 109 (68,995%) ecuatorianas. Observándose que el mayor porcentaje (59,17%) del grupo los colombinos y (63,05%) de los ecuatorianos viven el sector rural.

Tabla 8: Nacionalidad Funcionalidad familiar 2016

	FUNCIONAMIENTOFAMILIAR		
NACIONALIDAD	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	Total
COLOMBIANO	55	65	120
Row%	45,83%	54,17%	100,00%
Col%	45,08%	22,18%	28,92%
ECUATORIANO	67	228	295
Row%	22,71%	77,29%	100,00%
Col%	54,92%	77,82%	71,08%
TOTAL	122	293	415
Row%	29,40%	70,60%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

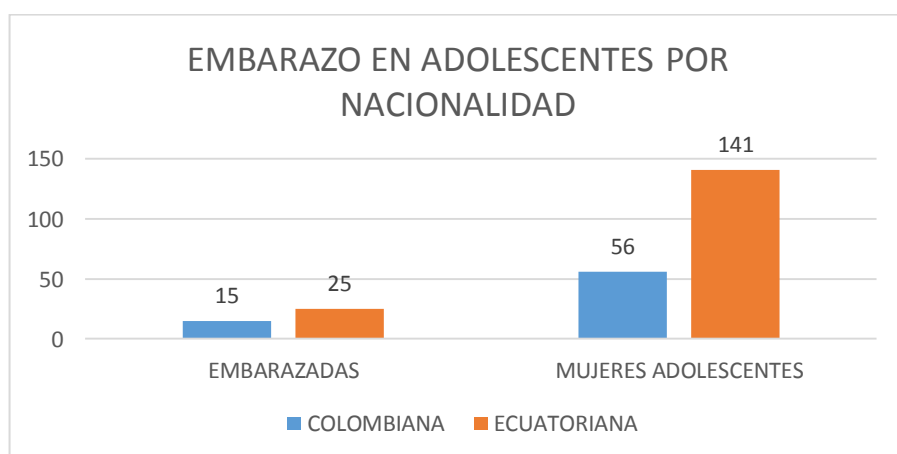
Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del grupo estudiado 122(29,40%) presentan disfunción familiar, de ellos 67(54,92%) son ecuatorianos y 55(45,08%) son colombianos. Observándose un mayor porcentaje de disfunción familiar en el grupo de los adolescentes ecuatorianos.

4.2ANALISIS INFERENCIAL

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Gráfico 1: Embarazo en adolescentes por nacionalidad 2016



Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Tabla 9. Embarazo en adolescentes por nacionalidad 2016

EMBARAZO EN ADOLESCENTES POR NACIONALIDAD				
NACIONALIDAD		EMBARAZO EN ADOLESCENTE		Total
		NO	SI	
NACIONALIDAD	COLOMBIANO	41	15	56
		73,2%	26,8%	100,0%

	ECUATORIANO	26,1%	37,5%	28,4%
		116	25	141
		82,3%	17,7%	100,0%
		73,9%	62,5%	71,6%
Total		157	40	197
		79,7%	20,3%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

El Gráfico N-1 y La tabla N7. Nos indica que dentro de la población estudiada existe un total de 197 adolescentes mujeres, 56 son colombianas de ellas 15 (26.8%) están embarazadas. 141 son ecuatorianas de ellas 25 (17,7%) están embarazadas. Observándose que el grupo de las adolescentes colombianas a pesar de ser una cifra menor al de las ecuatorianas tiene un porcentaje alto (26.8%) de embarazo en su grupo.

Tabla 10. Embarazo en adolescentes y tipo de adolescencia 2016

TIPO DE ADOLESCENCIA		EMBARAZO EN ADOLESCENTE		Total
		NO	SI	
ADOLESCENCIA	MEDIA DE 14 A 16 AÑOS	95	9	104
		91,3%	8,7%	100,0%

	TARDIA DE 17 A 19 AÑOS	60,5%	22,5%	52,8%
		23	31	54
		42,6%	57,4%	100,0%
		14,6%	77,5%	27,4%
	TEMPRANA DE 10 A 13 AÑOS	39	0	39
		100,0%	0,0%	100,0%
		24,8%	0,0%	19,8%
	Total	157	40	197
		79,7%	20,3%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

El embarazo en las adolescentes de grupo estudiado tanto de las ecuatorianas como en las colombianas se encuentra en un pequeño porcentaje(8,7%) en la adolescencia media con un ligero predominio en el grupo ecuatoriano y un alto porcentaje(57,4%) en la adolescencia tardía.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Tabla 11: Residencia y embarazo en adolescentes 2016

RESIDENCIA Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES			
RESIDENCIA	EMBARAZO EN ADOLESCENTE		Total
	NO	SI	
RURAL	87	30	117
	74,4%	25,6%	100,0%
	55,4%	75,0%	59,4%
URBANO	70	10	80
	87,5%	12,5%	100,0%
	44,6%	25,0%	40,6%
Total	157	40	197
	79,7%	20,3%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del total de adolescentes embarazadas, 30 (75%) vive en el sector rural de las parroquias de EL Ángel y la Libertad. 21 (52,5%) son ecuatorianas y 9 (22,5%) son colombianas.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el embarazo en adolescentes y la residencia en el sector rural con un OR 2,4 (IC 95% 1,1- 5,2) y una P de 0,012. El grupo de mujeres ecuatorianas presentaron un OR de 3,2 con un intervalo de confianza con valores entre 1,08 y 9,6, y un valor de p de 0,012. Es decir

que las adolescentes ecuatorianas que viven en el sector rural tienen 3,2 veces más riesgo de embarazarse que las que viven en el sector urbano.

Tabla 12. Embarazo en adolescente y madre con antecedentes en la adolescencia 2016

MADRE CON ANTECEDENTE DE EMBARAZO EN ADOLESCENTE			
EMBARAZO EN ADOLESCENTE	NO	SI	Total
NO	243	132	375
Row%	64,80%	35,20%	100,00%
Col%	94,55%	83,54%	90,36%
SI	14	26	40
Row%	35,00%	65,00%	100,00%
Col%	5,45%	16,46%	9,64%
TOTAL	257	158	415
Row%	61,93%	38,07%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Las adolescentes embarazadas cuyas madres tuvieron antecedentes de embarazo en su adolescencia fueron 26 (65%). Obteniéndose un OR (3.4), los límites del

Intervalo de Confianza para 95% entre 1,7 y 6.7 y un valor de P de 0,0001. Lo que significa que es estadísticamente significativo como factor de riesgo, es decir que la probabilidad de ocurrir un embarazo en hijas de madres con antecedentes de embarazo en adolescentes es 3.4 veces mayor.

Del total de adolescentes embarazadas cuyas madres se embarazaron durante su adolescencia 9(34,6%) son colombianas y 17 (65,4%) son ecuatorianas, por lo que este factor de riesgo se encuentra presente en el grupo ecuatoriano con un OR de 3.9, IC al 95% entre 1,6 y 9,4 y un valor de P de 0,0009.

Tabla 13. Inicio temprano de vida sexual activa y embarazo en adolescente 2016

	EMBARAZO EN ADOLESCENTE		
	NO	SI	
INICIO TEMPRANO DE VIDA SEXUAL ACTIVA			Total
NO	287	1	288
Row%	99,65%	0,35%	100,00%
Col%	76,53%	2,50%	69,40%
SI	88	39	127

Row%	69,29%	30,71%	100,00 %
Col%	23,47%	97,50%	30,60 %
TOTAL	375	40	415
Row%	90,36%	9,64%	100,00 %
Col%	100,00%	100,00%	100,00 %

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del total de adolescentes embarazada 40(100%), 39 (97,50%) presentaron inicio temprano de vida sexual activa, obteniéndose un OR de 127,1 con un IC de 17,2 y 939,1, y un valor de P de 0,000000 .Existiendo una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo tanto para las ecuatorianas como las colombianas.

Tabla 14. Víctima de violencia y embarazo en adolescencia 2016

	EMBARAZO EN ADOLESCENTE		
VÍCTIMA DE VIOLENCIA	NO	SI	Total
NO	296	21	317
Row%	93,38%	6,62%	100,00%
Col%	78,93%	52,50%	76,39%
SI	79	19	98
Row%	80,61%	19,39%	100,00%
Col%	21,07%	47,50%	23,61%
TOTAL	375	40	415
Row%	90,36%	9,64%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Las embarazadas que reportaron ser víctima de violencia fueron 19 (47,50). Obteniéndose un OR de (3.3), un IC de 95% de 1.7 y 6.6 y un valor de p de 0,0002, lo que significa que tiene relación estadísticamente significativo como factor de riesgo.

Del total de adolescentes embarazadas que han sido víctima de violencia 11 (57,9) son colombianas y 8 (42,1%) son ecuatorianas, por lo que este factor de riesgo es mayor en el grupo de las colombianas con un OR de 2,7 un IC al 95% con valores entre 1,0 y 8,6 y un valor de p de 0,04. Lo que significa que las adolescentes colombianas que son víctimas de violencia tienen 2,7 veces más riesgo de embarazarse.

Tabla 15. Funcionamiento familiar y embarazo en adolescentes 2016

	EMBARAZO EN ADOLESCENTES		
	E		
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	NO	SI	Total
DISFUNCIONAL	99	23	122
Row%	81,15%	18,85%	100,00%
Col%	26,40%	57,50%	29,40%
FUNCIONAL	276	17	293
Row%	94,20%	5,80%	100,00%
Col%	73,60%	42,50%	70,60%

TOTAL	375	40	415
Row%	90,36%	9,64%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

El funcionamiento familiar tanto para adolescentes colombianos como ecuatorianos es un factor protector con un OR de 0,2, IC al 95% con valores entre 0,1 y 0,5 y un valor de p de 0,00005.

Tabla 16. Deserción escolar y embarazo en adolescente 2016.

DESCERCIÓN ESCOLAR	EMBARAZO EN ADOLESCENTE		Total
	NO	SI	
NO	306	19	325
Row%	94,15%	5,85%	100,00%
Col%	81,60%	47,50%	78,31%
SI	69	21	90
Row%	76,67%	23,33%	100,00%

Col%	18,40%	52,50%	21,69%
TOTAL	375	40	415
Row%	90,36%	9,64%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del grupo de embarazadas 21 (52,50%) presentaron deserción escolar y 19 (47,50%) no, obteniéndose un OR de 4.9 con un IC del 95% entre 2,4 y 9,6 y una p de 0,000003. Lo que es estadísticamente significativo como factor de riesgo. En el grupo de las colombianas embarazadas que presentaron deserción escolar se obtuvo un OR de 3,4 con un IC al 95% entre 1,1 y 10,6 y una P de 0,015. Lo que significa que de las adolescentes colombianas que presentar deserción escolar tienen 3,4 veces más riesgo de embarazarse.

Tabla 17. Patrón de crianza de los hijos y embarazo en adolescencia 2016.

PATRON DE CRIANZA DE LOS HIJOS	EMBARAZO EN ADOLESCENCIA		Total
	NO	SI	
NO RIESGO	236	8	244

Row%	96,72%	3,28%	100,00 %
Col%	62,93%	20,00%	58,80%
RIESGO	139	32	171
Row%	81,29%	18,71%	100,00 %
Col%	37,07%	80,00%	41,20%
TOTAL	375	40	415
Row%	90,36%	9,64%	100,00 %
Col%	100,00%	100,00%	100,00 %

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del total de embarazadas, un alto porcentaje 32 (80%) tienen un patrón de crianza de los hijos de riesgo como son el patrón autoritario, permisivo y sobreprotector y un mínimo porcentaje 8 (3,28%) un patrón de crianza considerado no riesgoso como es el democrático.

Obteniéndose un OR de 6,7, con un IC del 95% con valores entre 3,0 y 15,15. Y un valor de P de 0.00000009. Siendo estadísticamente significativo como factor de riesgo.

En el grupo de adolescentes embarazadas colombianas se obtuvo un OR de 3,8, con un IC del 95% con valores entre 1,1 y 12,7 y una p de 0.013. Siendo estadísticamente significativo como factor de riesgo para este grupo. Lo que significa que de las adolescentes colombianas que presentan patrones de crianza de riesgo tienen 3,8 veces más la posibilidad de embarazarse.

Tabla 18. Ingreso familiar y embarazo en adolescencia 2016

	EMBARAZO EN ADOLESCENTE		
INGRESO FAMILIAR	NO	SI	Total
MAYOR A INGRESO BASICO	192	9	201
Row%	95,52%	4,48%	100,00%
Col%	51,20%	22,50%	48,43%
MENOR A INGRESO BASICO	183	31	214
Row%	85,51%	14,49%	100,00%
Col%	48,80%	77,50%	51,57%

TOTAL	375	40	415
Row%	90,36%	9,64%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 19. Nacionalidad Colombiana.

	EMBARAZO EN ADOLESCENTE		
INGRESO FAMILIAR	NO	SI	Total
MAYOR A INGRESO BASICO	48	2	50
Row%	96,00%	4,00%	100,00%
Col%	45,71%	13,33%	41,67%
MENOR A INGRESO BASICO	57	13	70
Row%	81,43%	18,57%	100,00%
Col%	54,29%	86,67%	58,33%
TOTAL	105	15	120
Row%	87,50%	12,50%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

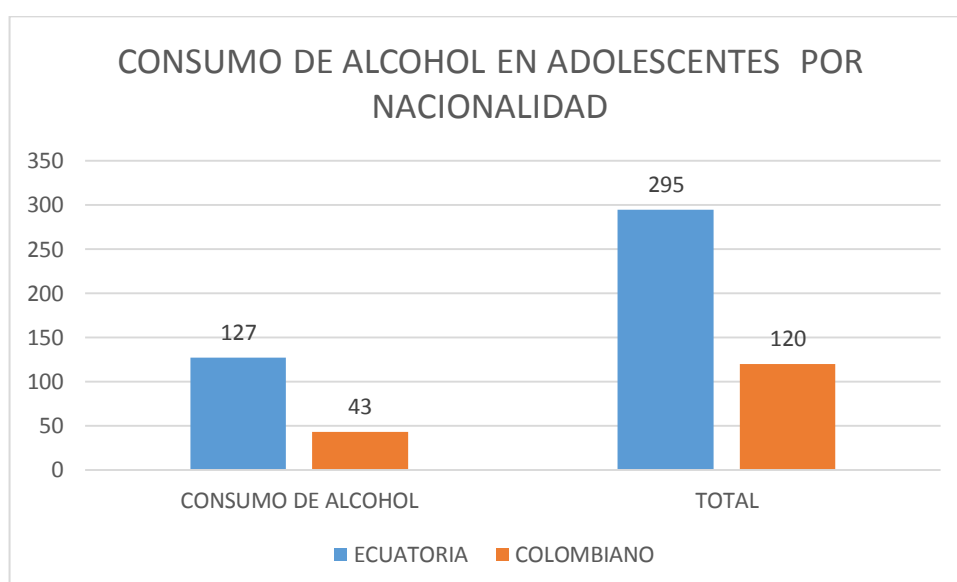
Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

En el grupo total de embarazadas un alto porcentaje 31 (77,50%) su ingreso familiar es menor al ingreso básico, y un pequeño porcentaje 9(4,48%) perciben un ingreso familiar mayor al ingreso básico .Obteniéndose un OR de 3,6 con un IC del 95% con valores entre 1,6 y 7,7 con una P de 0,0002. Lo que existe una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo.

En el grupo de las adolescentes colombianas embarazadas 13 (86,67%) presentan un ingreso familiar menor al ingreso básico y 2 (4%) un ingreso familiar mayor al ingreso básico, obteniéndose un OR de 5,4 con IC del 95% entre 1,1 y 25,4 y un valor de p de 0,008. Es decir que las adolescentes colombianas que tienen un ingreso familiar menor al básico presentan 5,4 veces mayor el riesgo de embarazo.

CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Gráfico 2. Consumo de alcohol en adolescentes nacionalidad



Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Tabla 20. Sexo y consumo de alcohol 2016

	CONSUMODEALCOHOL		
SEXO	NO	SI	Total
HOMBRE	107	111	218
Row%	49,08%	50,92%	100,00%
Col%	43,67%	65,29%	52,53%
MUJER	138	59	197
Row%	70,05%	29,95%	100,00%
Col%	56,33%	34,71%	47,47%
TOTAL	245	170	415
Row%	59,04%	40,96%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Tabla 21. Tipo de adolescencia- consumo de alcohol- nacionalidad 2016.

NACIONALIDAD			CONSUMO DE ALCOHOL		Total
			SI	NO	
COLOMBIANO	ADOLESCENCIA	MEDIA DE 14 A 16 AÑOS	20	33	53
			37,7%	62,3%	100,0%
			46,5%	42,9%	44,2%
		TARDIA DE 17 A 19 AÑOS	20	17	37
			54,1%	45,9%	100,0%
			46,5%	22,1%	30,8%
		TEMPRANA DE 10 A 13 AÑOS	3	27	30
			10,0%	90,0%	100,0%
			7,0%	35,1%	25,0%
	Total	43	77	120	
		35,8%	64,2%	100,0%	
		100,0%	100,0%	100,0%	
ECUATORIANO	ADOLESCENCIA	MEDIA DE 14 A 16 AÑOS	91	97	188
			48,4%	51,6%	100,0%
			71,7%	57,7%	63,7%
		TARDIA DE 17 A 19 AÑOS	27	35	62
			43,5%	56,5%	100,0%
			21,3%	20,8%	21,0%
		TEMPRANA DE 10 A 13 AÑOS	9	36	45
			20,0%	80,0%	100,0%

			7,1%	21,4%	15,3%
			127	168	295
	Total		43,1%	56,9%	100,0%
			100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

En el gráfico 2 y en las tablas 18 y 19, se observa que del total de adolescentes estudiados 170 (40,96%) consumen alcohol, de ellos 43 (25,29% son colombianos y 127 (74,71%) son ecuatorianos.

Existe un mayor porcentaje en el sexo masculino 111(65,92%) y un menor porcentaje en el sexo femenino 59 (34,71).

Por lo que se observa un mayor porcentaje de consumidores de alcohol en el sexo masculino especialmente en los ecuatorianos. El mayor porcentaje 111(65,29%) de consumidores de alcohol tanto ecuatorianos como colombianos lo realizan durante la adolescencia media y un menor porcentaje 12(7,06%) especialmente en los ecuatorianos consumen licor en la adolescencia temprana (10 a 13 años)

Del grupo de adolescentes que consumen alcohol 20 (11.8%) presentan riesgo de ser consumidores frecuentes.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA CONSUMO DE ALCOHOL

Tabla 22. Padre con consumo de alcohol y/o drogas y consumo de alcohol 2016.

PADRE CON CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS	CONSUMO DE ALCOHOL		Total
	NO	SI	
NO	175	98	273
Row%	64,10%	35,90%	100,00%
Col%	71,43%	57,65%	65,78%
SI	70	72	142
Row%	49,30%	50,70%	100,00%
Col%	28,57%	42,35%	34,22%
TOTAL	245	170	415
Row%	59,04%	40,96%	100,00%

			%
Col%	100,00%	100,00%	100,00 %

NACIONALIDAD=COLOMBIANO

	CONSUMODEALCOHOL		
PADRESCONCONSUMODEALCOHOLYO DROGAS	NO	SI	Total
NO	49	19	68
Row%	72,06%	27,94%	100,00 %
Col%	63,64%	44,19%	56,67 %
SI	28	24	52
Row%	53,85%	46,15%	100,00 %
Col%	36,36%	55,81%	43,33

			%
TOTAL	77	43	120
Row%	64,17%	35,83%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Los adolescentes que reportaron ser hijos de padres consumidores de alcohol y/o drogas fueron 72 (42,35), obteniéndose un OR > a 1 (1.8), con los límites de Intervalo de Confianza para 95% entre de 1.2 y 2.7 y un valor de P de 0,001. Existiendo una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo.

En el grupo de adolescentes colombianas se encontró un OR de 2,2 con límites de IC para 95% entre 1,0 y 4,7 y un valor de P de 0,021. Lo que significa que es estadísticamente significativo como factor de riesgo para este grupo, es decir que en los adolescentes colombianos hijos de padres consumidores de alcohol y/o drogas tienen 2,2 veces más la probabilidad de ser consumidores de alcohol.

Tabla 23. Patrón de crianza de hijos y consumo de alcohol 2016.

	CONSUMODEALCOHOL		
PATRONDECRIANZADELOSHIJOS	NO	SI	Total
NO RIESGO	156	88	244
Row%	63,93%	36,07%	100,00%
Col%	63,67%	51,76%	58,80%
RIESGO	89	82	171
Row%	52,05%	47,95%	100,00%
Col%	36,33%	48,24%	41,20%
TOTAL	245	170	415
Row%	59,04%	40,96%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=COLOMBIANO

	CONSUMODEALCOHOL		
PATRONDECRIANZADELOSHIJOS	NO	SI	Total
NO RIESGO	47	18	65

Row%	72,31%	27,69%	100,00%
Col%	61,04%	41,86%	54,17%
RIESGO	30	25	55
Row%	54,55%	45,45%	100,00%
Col%	38,96%	58,14%	45,83%
TOTAL	77	43	120
Row%	64,17%	35,83%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

En el grupo de adolescentes que consumen alcohol (170) 82 (48,24%) tienen estilos de crianza de riesgo como son el autoritario, permisivo y sobreprotector y 88 (51,76%) el estilo de crianza no es de riesgo como el democrático.

En el grupo de los adolescentes colombianos se encontró un OR de 2,1 un IC para 95% con límites entre 1,0 y 4,6, y un valor de P de 0,023 lo significa que existe una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo para este grupo. Es decir que en los adolescentes colombianos que son criados con estilos de riesgo tienen 2,1 veces más la probabilidad de ser consumidores de alcohol.

Tabla 24. Ocupación y consumo de Alcohol 2016.

	CONSUMODEALCOHOL		
OCUPACION	NO	SI	Total
ESTUDIA	209	140	349
Row%	59,89%	40,11%	100,00%
Col%	85,31%	82,35%	84,10%
TRABAJA	36	30	66
Row%	54,55%	45,45%	100,00%
Col%	14,69%	17,65%	15,90%
TOTAL	245	170	415
Row%	59,04%	40,96%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=COLOMBIANO

	CONSUMODEALCOHOL		
OCUPACION	NO	SI	Total
ESTUDIA	52	17	69

Row%	75,36%	24,64%	100,00%
Col%	67,53%	39,53%	57,50%
TRABAJA	25	26	51
Row%	49,02%	50,98%	100,00%
Col%	32,47%	60,47%	42,50%
TOTAL	77	43	120
Row%	64,17%	35,83%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del grupo de adolescentes que consumen alcohol 140 (82,35%) estudian y 30(17,65%) trabajan, de ellos el 50,98% son colombianos.

En el grupo de los colombianos se obtuvo un OR de 3,1 con límites del IC para 95% entre 1,4 y 6,9 y un valor de p de 0,001. Teniendo una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo para este grupo. Es decir que los adolescentes colombianos que trabajan tienen 3,1 veces más el riesgo de consumir alcohol.

Tabla 25. Víctima de violencia y consumo de alcohol 2016.

	CONSUMODEALCOHOL		
VICTIMADEVIOLENCIA	NO	SI	Total
NO	196	121	317
Row%	61,83%	38,17%	100,00%
Col%	80,00%	71,18%	76,39%
SI	49	49	98
Row%	50,00%	50,00%	100,00%
Col%	20,00%	28,82%	23,61%
TOTAL	245	170	415
Row%	59,04%	40,96%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=ECUATORIANO

	CONSUMODEALCOHOL		
VICTIMADEVIOLENCIA	NO	SI	Total
NO	151	100	251

Row%	60,16%	39,84%	100,00%
Col%	89,88%	78,74%	85,08%
SI	17	27	44
Row%	38,64%	61,36%	100,00%
Col%	10,12%	21,26%	14,92%
TOTAL	168	127	295
Row%	56,95%	43,05%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

De los adolescentes que consumen alcohol 49 (28,82%) han sido víctima de violencia y 121 (71,18%) no. En el grupo de los ecuatorianos se obtuvo un OR de 2,3 un IC para 95% con límites entre 1, 2 y 4,6, un valor de p de 0,004. Teniendo una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo para este grupo. Es decir que en adolescentes ecuatorianos que son víctima de violencia sea esta física, psicológica o sexual, 2,3 veces más tienen el riesgo de consumir alcohol.

Tabla 26. Funcionamiento familiar consumo de alcohol nacionalidad 2016

NACIONALIDAD			CONSUMO DE ALCOHOL		Total	
			SI	NO		
		DISFUNCIONAL	26	28	54	
			48,1%	51,9%	100,0%	
			60,5%	36,4%	45,0%	
		FUNCIONAL	17	49	66	
			25,8%	74,2%	100,0%	
			39,5%	63,6%	55,0%	
	Total			43	77	120
				35,8%	64,2%	100,0%
				100,0%	100,0%	100,0%
	ECUATORIANO	FUNCIONAMIENTO	DISFUNCIONAL	33	34	67
				49,3%	50,7%	100,0%
				26,0%	20,2%	22,7%
FUNCIONAL			94	134	228	
			41,2%	58,8%	100,0%	
			74,0%	79,8%	77,3%	
Total				127	168	295
				43,1%	56,9%	100,0%
				100,0%	100,0%	100,0%
Total		FUNCIONAMIENTO	DISFUNCIONAL	59	62	121
				48,8%	51,2%	100,0%

			34,7%	25,3%	29,2%
		FUNCIONAL	111	183	294
			37,8%	62,2%	100,0%
			65,3%	74,7%	70,8%
	Total		170	245	415
			41,0%	59,0%	100,0%
			100,0%	100,0%	100,0%

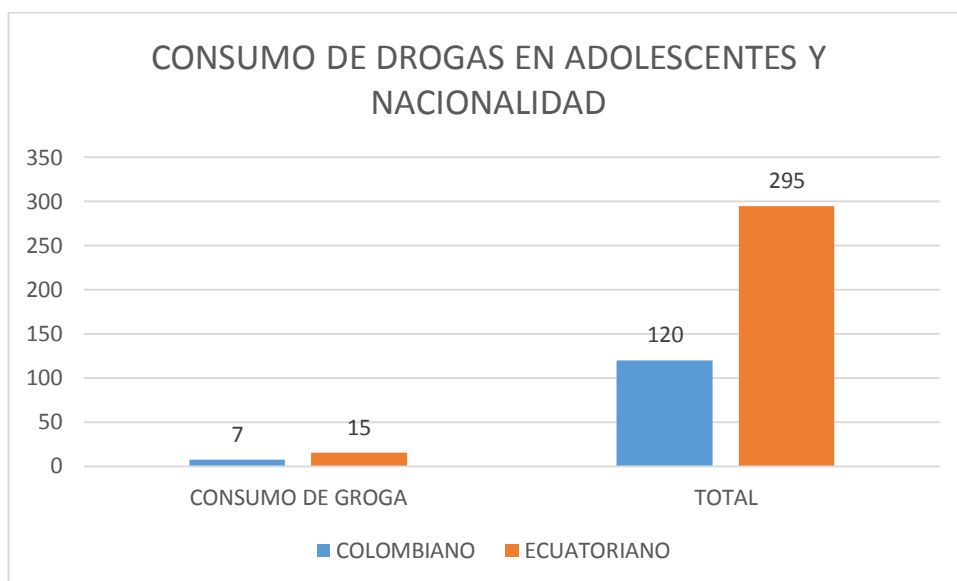
Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

La probabilidad de adolescentes colombianos de familias disfuncionales tienen 1,8 más riesgo de consumo de alcohol (OR 1,8 /IC 95% 1,1-3)

CONSUMO DE DROGA EN LOS ADOLESCENTES

Gráfico 3. Consumo de drogas en adolescentes y nacionalidad



Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Tabla 27. Sexo y consumo de drogas 2016.

	CONSUMODEDROGAS		
SEXO	NO	SI	Total
HOMBRE	201	17	218
Row%	92,20%	7,80%	100,00%
Col%	51,15%	77,27%	52,53%
MUJER	192	5	197
Row%	97,46%	2,54%	100,00%
Col%	48,85%	22,73%	47,47%
TOTAL	393	22	415
Row%	94,70%	5,30%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Tabla 28. Adolescencia y consumo de drogas 2016.

	CONSUMODEDROGAS		
ADOLESCENCIA	NO	SI	Total
MEDIA DE 14 A 16 AÑOS	229	12	241
Row%	95,02%	4,98%	100,00%
Col%	58,27%	54,55%	58,07%
TARDIA DE 17 A 19 AÑOS	89	10	99
Row%	89,90%	10,10%	100,00%
Col%	22,65%	45,45%	23,86%

TEMPRANA DE 10 A 13 AÑOS	75	0	75
Row%	100,00%	0,00%	100,00%
Col%	19,08%	0,00%	18,07%
TOTAL	393	22	415
Row%	94,70%	5,30%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

En el gráfico N 3 y en las tablas N-25 Y 26 nos indica que del grupo estudiado 22 (5,30%) adolescentes reportaron consumir drogas, de ellos 7 (5,83%) de los colombianos consumen droga y lo hacen 15 (5,08%) de los ecuatorianos. Hay un mayor porcentaje de consumo en el sexo masculino 17 (77,27%).

Tanto en los adolescentes ecuatorianos como los colombianos no consumen durante la adolescencia temprana, mientras que el mayor porcentaje 12 (54,55%) consumen durante la adolescencia media y. De los adolescentes consumidores de droga ninguno reporto ser consumidor de riesgo.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA CONSUMO DE DROGAS

Tabla 29. Consumo de alcohol y consumo de drogas 2016.

	CONSUMODEDROGAS		
CONSUMODEALCOHOL	NO	SI	Total
NO	243	2	245

Row%	99,18%	0,82%	100,00%
Col%	61,83%	9,09%	59,04%
SI	150	20	170
Row%	88,24%	11,76%	100,00%
Col%	38,17%	90,91%	40,96%
TOTAL	393	22	415
Row%	94,70%	5,30%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=ECUATORIANO

	CONSUMODEDROGAS		
CONSUMODEALCOHOL	NO	SI	Total
NO	166	2	168
Row%	98,81%	1,19%	100,00%
Col%	59,29%	13,33%	56,95%
SI	114	13	127

Row%	89,76%	10,24%	100,00%
Col%	40,71%	86,67%	43,05%
TOTAL	280	15	295
Row%	94,92%	5,08%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del grupo que consume drogas 20 (90,91%) consumen alcohol, de ellos 13 son ecuatorianos. En el grupo de los ecuatorianos se obtuvo un OR de 9,4 un IC para 95% con límites entre 2,0 y 42,7 y un valor de P de 0,0002. lo que significa que estadísticamente significativo como factor de riesgo para este grupo. En los adolescentes ecuatorianos que consumen alcohol existe 9,4 veces más el riesgo de consumir drogas.

Tabla 30. Patrón de crianza de los hijos y consumo de drogas 2016.

PATRON DE CRIANZA DE LOS HIJOS	CONSUMO DE DROGAS		Total
	NO	SI	
NO RIESGO	240	4	244
Row%	98,36%	1,64%	100,00%

Col%	61,07%	18,18%	58,80%
RIESGO	153	18	171
Row%	89,47%	10,53%	100,00%
Col%	38,93%	81,82%	41,20%
TOTAL	393	22	415
Row%	94,70%	5,30%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=ECUATORIANO

	CONSUMODEDROGAS		
PATRONDECRIANZADELOSHIJOS	NO	SI	Total
NO RIESGO	176	3	179
Row%	98,32%	1,68%	100,00%
Col%	62,86%	20,00%	60,68%
RIESGO	104	12	116
Row%	89,66%	10,34%	100,00%

Col%	37,14%	80,00%	39,32%
TOTAL	280	15	295
Row%	94,92%	5,08%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del grupo que consume droga 18 (81,82%) tienen un patrón de crianza de riesgo. En el grupo ecuatoriano se obtuvo un OR de 6,7 con IC para 95% con límites entre 1,8 y 24, un valor de p de 0,0007. Lo que es estadísticamente significativo como factor de riesgo para este grupo. En los adolescentes ecuatorianos que tienen patrón de crianza de riesgo existe 6,7 veces más la posibilidad de consumir drogas ilícitas.

Tabla 31. Funcionamiento familiar y consumo de drogas 2016.

	CONSUMODEDROGAS		
FUNCIONAMIENTOFAMILIAR	NO	SI	Total
DISFUNCIONAL	108	14	122
Row%	88,52%	11,48%	100,00%
Col%	27,48%	63,64%	29,40%
FUNCIONAL	285	8	293

Row%	97,27%	2,73%	100,00%
Col%	72,52%	36,36%	70,60%
TOTAL	393	22	415
Row%	94,70%	5,30%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=ECUATORIANO

	CONSUMODEDROGAS		
FUNCIONAMIENTOFAMILIAR	NO	SI	Total
DISFUNCIONAL	60	7	67
Row%	89,55%	10,45%	100,00%
Col%	21,43%	46,67%	22,71%
FUNCIONAL	220	8	228
Row%	96,49%	3,51%	100,00%
Col%	78,57%	53,33%	77,29%
TOTAL	280	15	295

Row%	94,92%	5,08%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

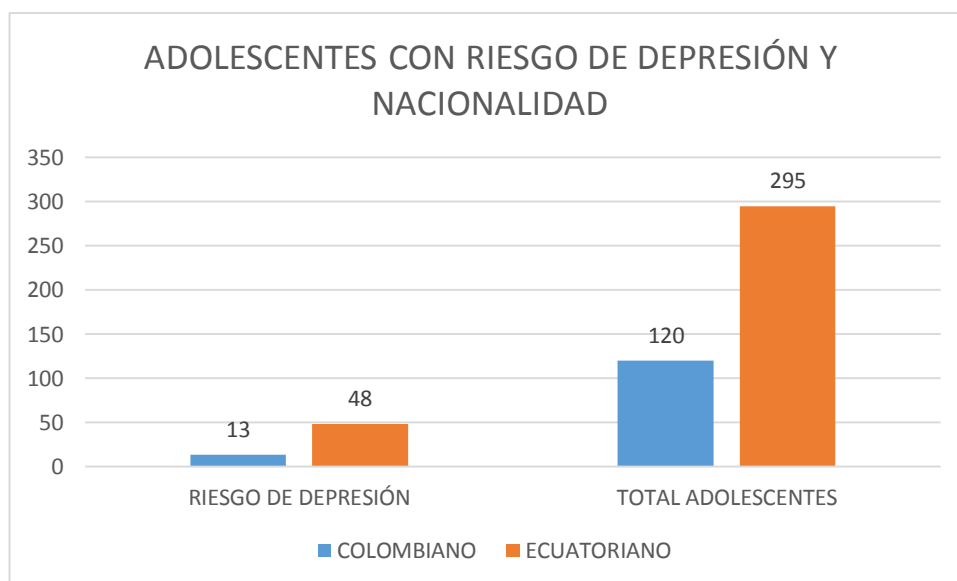
Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del total de adolescentes que consumen droga 14 (63,64%) pertenecen a hogares disfuncionales. En el grupo Ecuatoriano se obtuvo un OR de 3,2, un IC para 95% con límites entre 1, 1 y 9,2, un valor de P de 0,018. Existiendo una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo para este grupo.

De los adolescentes ecuatorianos que provienen de familias disfuncionales existe 3,2 veces más la probabilidad de consumir drogas ilícitas.

RIESGO DE DEPRESION EN ADOLESCENTES

Gráfico 4. Riesgo de depresión en adolescentes y nacionalidad.



Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Tabla 32. Sexo y riesgo de depresión 2016.

	RIESGO DE DEPRESIÓN		
SEXO	NO	SI	Total
HOMBRE	196	22	218
Row%	89,91%	10,09%	100,00%
Col%	55,37%	36,07%	52,53%
MUJER	158	39	197
Row%	80,20%	19,80%	100,00%
Col%	44,63%	63,93%	47,47%
TOTAL	354	61	415
Row%	85,30%	14,70%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Tabla 33. Adolescentes y riesgo de depresión 2016.

	RIESGO DE DEPRESIÓN		
ADOLESCENCIA	NO	SI	Total
MEDIA DE 14 A 16 AÑOS	206	35	241
Row%	85,48%	14,52%	100,00%
Col%	58,19%	57,38%	58,07%
TARDIA DE 17 A 19 AÑOS	79	20	99
Row%	79,80%	20,20%	100,00%
Col%	22,32%	32,79%	23,86%
TEMPRANA DE 10 A 13 AÑOS	69	6	75
Row%	92,00%	8,00%	100,00%
Col%	19,49%	9,84%	18,07%
TOTAL	354	61	415
Row%	85,30%	14,70%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

En el gráfico N4 y tablas N 30 Y 31 Indican que del grupo de estudiado 61 (14,70%) adolescentes presentan riesgo de depresión. de ellos, 13 (10,83%) pertenecen al grupo colombiano y 48 (16,27%) al grupo ecuatoriano.

En los adolescentes con riesgo de depresión tanto en ecuatorianos como en colombianos existe un mayor porcentaje 39(63,93%) en el sexo femenino. En adolescentes mujeres ecuatorianas, la probabilidad de presentar riesgo de depresión es de 1,8 (OR 1,8 IC95% 1,0-3,1).

Los adolescentes que se encuentran en la adolescencia media presenta el mayor porcentaje 35 (57,38%) de riesgo de depresión y los que se encuentran en la temprana el menor porcentaje 6 (9,84%).

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA RIESGO DE DEPRESIÓN

Tabla 34. Embarazo en adolescente y riesgo de depresión 2016.

EMBARAZO EN ADOLESCENTE	RIESGO DE DEPRESIÓN		Total
	NO	SI	
NO	328	47	375
Row%	87,47%	12,53%	100,00%
Col%	92,66%	77,05%	90,36%
SI	26	14	40

Row%	65,00%	35,00%	100,00%
Col%	7,34%	22,95%	9,64%
TOTAL	354	61	415
Row%	85,30%	14,70%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=COLOMBIANO

	RIESGODEDEPRESIÒN		
EMBARAZOENADOLESCENTE	NO	SI	Total
NO	97	8	105
Row%	92,38%	7,62%	100,00%
Col%	90,65%	61,54%	87,50%
SI	10	5	15
Row%	66,67%	33,33%	100,00%
Col%	9,35%	38,46%	12,50%
TOTAL	107	13	120

Row%	89,17%	10,83%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del grupo de adolescentes con riesgo de depresión 14(22,95%) presentaron embarazo en su adolescencia. En el grupo de las adolescentes colombianas se encontró un OR de 6,0 con un IC para 96% entre 1,6 y 22,0. Un valor de P de 0,006. Lo que se podría decir que existe una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo en este grupo. Es decir que en las adolescentes colombianas que presentan embarazo en su adolescencia tienen 6 veces más la probabilidad de sufrir depresión.

Tabla 35. Patrón de crianza de los hijos y riesgo de depresión 2016.

	RIESGODEDEPRESIÒN		
PATRONDECRIANZADELOSHIJOS	NO	SI	Total
NO RIESGO	224	20	244
Row%	91,80%	8,20%	100,00%
Col%	63,28%	32,79%	58,80%
RIESGO	130	41	171

Row%	76,02%	23,98%	100,00%
Col%	36,72%	67,21%	41,20%
TOTAL	354	61	415
Row%	85,30%	14,70%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=COLOMBIANO

	RIESGODEDEPRESIÒN		
PATRONDECRIANZADELOSHIJOS	NO	SI	Total
NO RIESGO	62	3	65
Row%	95,38%	4,62%	100,00%
Col%	57,94%	23,08%	54,17%
RIESGO	45	10	55
Row%	81,82%	18,18%	100,00%
Col%	42,06%	76,92%	45,83%
TOTAL	107	13	120
Row%	89,17%	10,83%	100,00%

Col%	100,00%	100,00%	100,00%
------	---------	---------	---------

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

En el grupo de adolescentes con riesgo de depresión 41 (67,21%) presentan estilos de crianza de riesgo. En el grupo de colombianos se obtuvo un OR de 4,5 un IC para 95% entre 1,1 y 17,6, un valor de p de 0,010. Lo que existe una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo en este grupo. En las adolescentes colombianas que presentan estilos de crianza de riesgo tienen la probabilidad de presentar 4,5 veces más riesgo de depresión.

Tabla 36. Víctima de violencia y riesgo de depresión.

	RIESGO DE DEPRESIÓN		
VÍCTIMA DE VIOLENCIA	NO	SI	Total
NO	281	36	317
Row%	88,64%	11,36%	100,00%
Col%	79,38%	59,02%	76,39%
SI	73	25	98
Row%	74,49%	25,51%	100,00%
Col%	20,62%	40,98%	23,61%

TOTAL	354	61	415
Row%	85,30%	14,70%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=COLOMBIANO

	RIESGO DE DEPRESIÓN		
VICTIMA DE VIOLENCIA	NO	SI	Total
NO	63	3	66
Row%	95,45%	4,55%	100,00%
Col%	58,88%	23,08%	55,00%
SI	44	10	54
Row%	81,48%	18,52%	100,00%
Col%	41,12%	76,92%	45,00%
TOTAL	107	13	120
Row%	89,17%	10,83%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

En el grupo de adolescentes con riesgo de depresión, 25 (40,98%) reportaron ser víctima de violencia y 36 (59,02%) no, con un OR de 4,7 un IC para 95% entre 1,2 y 18,3, un valor de P de 0,008, existiendo una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo.

En el grupo de colombianas se obtuvo un OR de 4,7 un IC para 95% entre 1,2 y 18,3, un valor de P de 0,008. Lo que tiene una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo para este grupo. Las adolescentes colombianas que son víctimas de violencia presentan 4,7 veces más el riesgo de sufrir depresión.

TABLA N- 35- FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y RIESGO DE DEPRESIÓN - 2016

Tabla 37. Funcionamiento familiar y riesgo de depresión 2016.

NACIONALIDAD			RIESGO DE DEPRESIÓN		Total	
			NO	SI		
COLOMBIANOS	FUNCIONAMIENTO FAM	DISFUNCIONAL	43	11	54	
			79,6%	20,4%	100,0%	
			40,2%	84,6%	45,0%	
		FUNCIONAL	64	2	66	
			97,0%	3,0%	100,0%	
			59,8%	15,4%	55,0%	
	Total			107	13	120
				89,2%	10,8%	100,0%
				100,0%	100,0%	100,0%

		DISFUNCIONAL	47	20	67	
			70,1%	29,9%	100,0%	
			19,0%	41,7%	22,7%	
		FUNCIONAL	200	28	228	
			87,7%	12,3%	100,0%	
			81,0%	58,3%	77,3%	
	Total			247	48	295
				83,7%	16,3%	100,0%
				100,0%	100,0%	100,0%

Total	FUNCIONAMIENTO FAM	DISFUNCIONAL	90	31	121	
			74,4%	25,6%	100,0%	
			25,4%	50,8%	29,2%	
		FUNCIONAL	264	30	294	
			89,8%	10,2%	100,0%	
			74,6%	49,2%	70,8%	
	Total			354	61	415
				85,3%	14,7%	100,0%
				100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

En adolescentes ecuatorianos, proveniente de familias disfuncionales, la probabilidad de presentar riesgo de depresión, es de 3,0 (OR 3,0 IC para 95% entre 1,5 y 5,8, y un valor de p de 0,0006). En adolescentes colombianos, proveniente de familias disfuncionales, la probabilidad de presentar riesgo de depresión, es de 8,1, veces más (OR 8,1, IC para 95% entre 1,7- 38,7 y una p de 0,001,).

TABLA N.- 36- INGRESO FAMILIAR Y RIESGO DE DEPRESIÓN-2016

Tabla 38. Ingreso familiar y riesgo de depresión 2016

	RIESGO DE DEPRESIÓN		
INGRESO FAMILIAR	NO	SI	Total
MAYOR A INGRESO BASICO	179	22	201
Row%	89,05%	10,95%	100,00%
Col%	50,56%	36,07%	48,43%
MENOR A INGRESO BASICO	175	39	214
Row%	81,78%	18,22%	100,00%
Col%	49,44%	63,93%	51,57%
TOTAL	354	61	415
Row%	85,30%	14,70%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=COLOMBIANO

	RIESGO DE DEPRESIÓN		
INGRESO FAMILIAR	NO	SI	Total

MAYOR A INGRESO BASICO	49	1	50
Row%	98,00%	2,00%	100,00%
Col%	45,79%	7,69%	41,67%
MENOR A INGRESO BASICO	58	12	70
Row%	82,86%	17,14%	100,00%
Col%	54,21%	92,31%	58,33%
TOTAL	107	13	120
Row%	89,17%	10,83%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

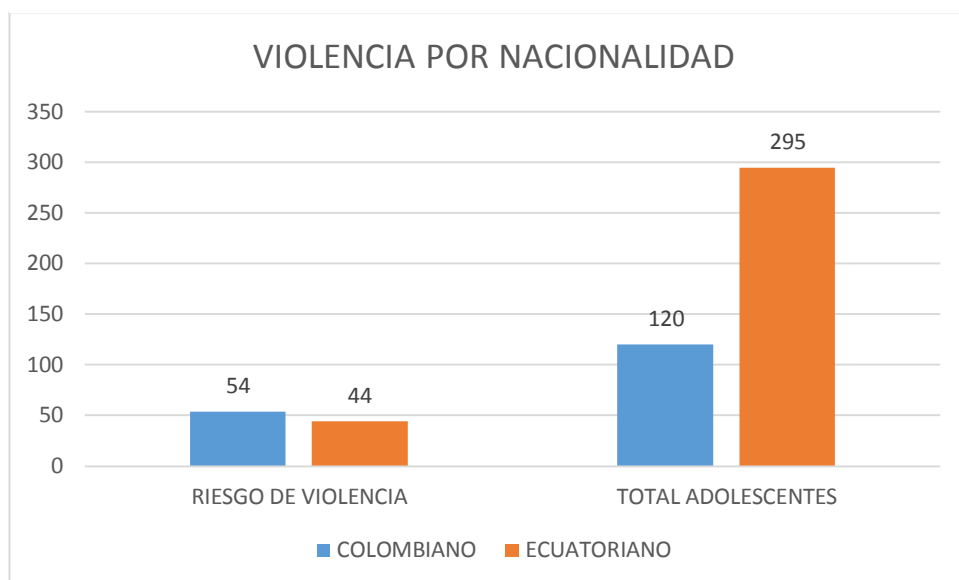
En el grupo de adolescentes con riesgo de depresión 39(63,93%) tienen un ingreso menor al básico, y 1 (7,69%) un ingreso mayor al básico, obteniéndose un OR de 1,8 con IC para 95% entre 1,0 y 3,1, un valor de P de 0,01. Existiendo una relación estadísticamente significativo como factor de riesgo.

En el grupo de los colombianos se obtuvo un OR de 10, 1 con un IC para 95% entre 1,2 y 80,7, un valor de P de 0,003. Siendo factor de riesgo para este grupo. Los

adolescentes colombianos que tienen un ingreso menor al básico tienen 10,1 veces más el riesgo de sufrir depresión.

VIOLENCIA EN ADOLESCENTES

Gráfico 5. Violencia por nacionalidad.



Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del total del grupo estudiado 98 (23.6%) adolescentes presentan riesgo de violencia, de ellos

54 (45%) pertenecen al grupo colombianos y 44 (15%) al grupo ecuatorianos. Por lo que observamos que en el grupo colombiano existe un mayor porcentaje de víctimas de violencia.

Tabla 39. Sexo y víctima de violencia nacionalidad 2016.

	VICTIMADEVIOLENCIA		
SEXO	NO	SI	Total
HOMBRE	180	38	218
Row%	82,57%	17,43%	100,00%
Col%	56,78%	38,78%	52,53%
MUJER	137	60	197
Row%	69,54%	30,46%	100,00%
Col%	43,22%	61,22%	47,47%
TOTAL	317	98	415
Row%	76,39%	23,61%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=COLOMBIANO

	VICTIMADEVIOLENCIA		
SEXO	NO	SI	Total
HOMBRE	43	21	64

Row%	67,19%	32,81%	100,00%
Col%	65,15%	38,89%	53,33%
MUJER	23	33	56
Row%	41,07%	58,93%	100,00%
Col%	34,85%	61,11%	46,67%
TOTAL	66	54	120
Row%	55,00%	45,00%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del grupo estudiado el mayor porcentaje 60(61,22%) de ser víctimas de violencia presentan las mujeres especialmente colombianas 33(61,11%) con un OR de 2,9, con un IC para el 95% entre 1,3 y 6,1, con un valor de P de 0,002. Las adolescentes mujeres colombianas tienen 2,9 veces más la probabilidad de ser víctimas de violencia.

Tabla 40. Adolescencia y víctima de violencia 2016.

	VICTIMADEVIOLENCIA		
ADOLESCENCIA	NO	SI	Total
MEDIA DE 14 A 16 AÑOS	189	52	241
Row%	78,42%	21,58%	100,00%
Col%	59,62%	53,06%	58,07%
TARDIA DE 17 A 19 AÑOS	68	31	99
Row%	68,69%	31,31%	100,00%
Col%	21,45%	31,63%	23,86%
TEMPRANA DE 10 A 13 AÑOS	60	15	75
Row%	80,00%	20,00%	100,00%
Col%	18,93%	15,31%	18,07%
TOTAL	317	98	415
Row%	76,39%	23,61%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Tanto para los ecuatorianos como para los colombianos existe un mayor porcentaje 52(53,06%) de víctimas de violencia en la adolescencia media y un menor porcentaje 15(15,31%) en la temprana.

Tabla 41. Nacionalidad y tipo violencia 2016

	TIPO DE VIOLENCIA				
NACIONALIDAD	FISICA	NINGUNA	PSICOLOGICA	SEXUAL	Total
COLOMBIANO	29	66	24	1	120
Row%	24,17%	55,00%	20,00%	0,83%	100,00%
Col%	56,86%	20,75%	58,54%	20,00%	28,92%
ECUATORIANO	22	252	17	4	295
Row%	7,46%	85,42%	5,76%	1,36%	100,00%
Col%	43,14%	79,25%	41,46%	80,00%	71,08%
TOTAL	51	318	41	5	415
Row%	12,29%	76,63%	9,88%	1,20%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Se encontró mayores porcentajes de 29(56,86%) de violencia física, y 24 (58,54%) en el grupo de adolescentes colombianos y el mayor porcentaje 4 (1,36) de violencia sexual en el grupo de los ecuatorianos.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A VIOLENCIA EN ADOLESCENTES

Tabla 42. Consumo de alcohol víctima de violencia- nacionalidad 2016.

	VICTIMA DE VIOLENCIA		
CONSUMO DE ALCOHOL	NO	SI	Total
NO	196	49	245
Row%	80,00%	20,00%	100,00%
Col%	61,83%	50,00%	59,04%
SI	121	49	170
Row%	71,18%	28,82%	100,00%
Col%	38,17%	50,00%	40,96%
TOTAL	317	98	415
Row%	76,39%	23,61%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=ECUATORIANO

	VICTIMADEVIOLENCIA		
CONSUMODEALCOHOL	NO	SI	Total
NO	151	17	168
Row%	89,88%	10,12%	100,00%
Col%	60,16%	38,64%	56,95%
SI	100	27	127
Row%	78,74%	21,26%	100,00%
Col%	39,84%	61,36%	43,05%
TOTAL	251	44	295
Row%	85,08%	14,92%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

De los adolescentes víctimas de violencia 49(50%) consumen alcohol, de ellos 27(61,37%) pertenecen al grupo ecuatoriano.

Obteniéndose en el grupo ecuatoriano un OR de 2,3, un IC para 95% entre 1,2 y 4,6 y un valor de P de 0,004. Por lo que tiene una relación estadísticamente significativa

como factor de riesgo en este grupo. Los adolescentes colombianos que consumen alcohol tienen 2,3 veces más la probabilidad de ser víctimas de violencia.

TABLA N.-41- PADRE CON CONSUMO DE ALCOHOL Y /O DROGAS Y VICTIMA DE VIOLENCIA- 2016.

Tabla 43. Padre con consumo de alcohol y/o drogas y víctima de violencia 2016.

	VICTIMA DE VIOLENCIA		
PADRE CON CONSUMO DE ALCOHOL Y O DROGAS	NO	SI	Total
NO	222	51	273
Row%	81,32%	18,68%	100,00%
Col%	70,03%	52,04%	65,78%
SI	95	47	142
Row%	66,90%	33,10%	100,00%
Col%	29,97%	47,96%	34,22%

TOTAL	317	98	415
Row%	76,39%	23,61%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=ECUATORIANO

	VICTIMADEVIOLENCIA		
PADRESCONCONSUMODEALCOHOLYODROGAS	NO	SI	Total
NO	181	24	205
Row%	88,29%	11,71%	100,00%
Col%	72,11%	54,55%	69,49%
SI	70	20	90
Row%	77,78%	22,22%	100,00%

			%
Col%	27,89%	45,45%	30,51 %
TOTAL	251	44	295
Row%	85,08%	14,92%	100,00 %
Col%	100,00%	100,00%	100,00 %

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

De los adolescentes víctimas de violencia 47 (47,96) son hijos de padres con consumo de alcohol y/o drogas, de ellos 20 (45,45%) pertenecen al grupo ecuatoriano. Los adolescentes ecuatorianos hijos de padres con consumo del alcohol tienen 2,1 veces más riesgo de ser víctimas de violencia con un OR de 2,1, un IC para 95% entre 1,1 y 4,1 y un valor de P de 0,01.

Tabla 44. Patrones de crianza de los hijos y víctima de violencia 2016.

	VICTIMADEVIOLENCIA		
PATRONDECRIANZADELOSHIJOS	NO	SI	Total
NO RIESGO	210	34	244
Row%	86,07%	13,93%	100,00%
Col%	66,25%	34,69%	58,80%
RIESGO	107	64	171
Row%	62,57%	37,43%	100,00%
Col%	33,75%	65,31%	41,20%
TOTAL	317	98	415
Row%	76,39%	23,61%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=COLOMBIANO

	VICTIMADEVIOLENCIA		
PATRONDECRIANZADELOSHIJOS	NO	SI	Total
NO RIESGO	45	20	65

Row%	69,23%	30,77%	100,00%
Col%	68,18%	37,04%	54,17%
RIESGO	21	34	55
Row%	38,18%	61,82%	100,00%
Col%	31,82%	62,96%	45,83%
TOTAL	66	54	120
Row%	55,00%	45,00%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

De los adolescentes víctimas de violencia 64(65%) presentan patrones de crianza de riesgo, de ellos 34 (62%) pertenecen al grupo colombiano. En este grupo se obtuvo un OR de 3,6 con un IC para 95% entre 1,7 y 7,7 y un valor de p de 0,0003. Existiendo una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo para este grupo. Los adolescentes colombianos con estilos de crianza de riesgo tienen 3, 6, veces más el riesgo de ser víctimas de violencia.

Tabla 45. Víctima de violencia y discusión familiar 2016.

NACIONALIDAD			_ FUNCIONAMIENTO		Total
			DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	
COLOMBIANO	VICTIMADEVIOLENCIA	SI	40	14	54
			74,1%	25,9%	100,0%
			74,1%	21,2%	45,0%
		NO	14	52	66
			21,2%	78,8%	100,0%
			25,9%	78,8%	55,0%
	Total	54	66	120	
		45,0%	55,0%	100,0%	
		100,0%	100,0%	100,0%	
	ECUATORIANO	VICTIMADEVIOLENCIA	SI	23	21
52,3%				47,7%	100,0%
34,3%				9,2%	14,9%
NO			44	207	251
			17,5%	82,5%	100,0%
			65,7%	90,8%	85,1%
Total		67	228	295	
		22,7%	77,3%	100,0%	
		100,0%	100,0%	100,0%	
			SI	63	35
	64,3%			35,7%	100,0%

			52,1%	11,9%	23,6%
		NO	58	259	317
			18,3%	81,7%	100,0%
			47,9%	88,1%	76,4%
	Total		121	294	415
			29,2%	70,8%	100,0%
			100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del grupo de adolescentes provenientes de Colombia, de familias disfuncionales tiene 3,4 veces más de ser víctimas de violencia (OR 3,4 IC 95% 2,1-5,1).

Tabla 46. Ingreso familiar y víctima de violencia 2016.

INGRESOFAMILIAR	VICTIMADEVIOLENCIA		Total
	NO	SI	
MAYOR A INGRESO BASICO	163	38	201
Row%	81,09%	18,91%	100,00%
Col%	51,42%	38,78%	48,43%
MENOR A INGRESO BASICO	154	60	214
Row%	71,96%	28,04%	100,00%

Col%	48,58%	61,22%	51,57%
TOTAL	317	98	415
Row%	76,39%	23,61%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=ECUATORIANO

	VICTIMADEVIOLENCIA		
INGRESOFAMILIAR	NO	SI	Total
MAYOR A INGRESO BASICO	135	16	151
Row%	89,40%	10,60%	100,00%
Col%	53,78%	36,36%	51,19%
MENOR A INGRESO BASICO	116	28	144
Row%	80,56%	19,44%	100,00%
Col%	46,22%	63,64%	48,81%
TOTAL	251	44	295
Row%	85,08%	14,92%	100,00%

Col%	100,00%	100,00%	100,00
------	---------	---------	--------

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

De los adolescentes víctimas de violencia 60 (61,22%) reportan tener un ingreso menor al básico, de ellos 28 (63,64%) pertenecen al grupo ecuatoriano. En este grupo se obtuvo un OR de 2,0 con IC para 95% entre 1,0 y 3,9, con un valor de P de 0,017. Por lo que existe una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo para este grupo. Los adolescentes ecuatorianos que reportan tener un ingreso menor al básico tienen 2,0 veces más la probabilidad de ser víctimas de violencia.

Tabla 47. Riesgo de depresión y víctima de violencia 2016.

	VICTIMADEVIOLENCIA		
RIESGODEDEPRESIÓN	NO	SI	Total
NO	281	73	354
Row%	79,38%	20,62%	100,00%
Col%	88,64%	74,49%	85,30%
SI	36	25	61
Row%	59,02%	40,98%	100,00%
Col%	11,36%	25,51%	14,70%

TOTAL	317	98	415
Row%	76,39%	23,61%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

NACIONALIDAD=COLOMBIANO

	VICTIMADEVIOLENCIA		
RIESGODEDEPRESIÓN	NO	SI	Total
NO	63	44	107
Row%	58,88%	41,12%	100,00%
Col%	95,45%	81,48%	89,17%
SI	3	10	13
Row%	23,08%	76,92%	100,00%
Col%	4,55%	18,52%	10,83%
TOTAL	66	54	120
Row%	55,00%	45,00%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

De los adolescentes víctimas de violencia 25 (25,51%) presentan riesgo de depresión, de ellos 10 (18,52%) pertenecen al grupo colombiano. En este grupo se obtuvo un OR de 4,7 con un IC para 95% con valores entre 1,2 y 18,3 y una p de 0,008. Lo que significa que tiene una relación estadísticamente significativa como factor de riesgo para este grupo. Los adolescentes colombianos con riesgo de depresión presentan 4,7 veces la probabilidad de ser víctimas de violencia.

RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Tabla 48. Nacionalidad y riesgo de trastornos de conducta alimentaria 2016.

	RIESGOS DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA		
NACIONALIDAD	NO	SI	Total
COLOMBIANO	113	7	120
Row%	94,17%	5,83%	100,00%
Col%	28,61%	35,00%	28,92%
ECUATORIA	282	13	295

NO			
Row%	95,59%	4,41%	100,00%
Col%	71,39%	65,00%	71,08%
TOTAL	395	20	415
Row%	95,18%	4,82%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Tabla 49. Sexo riesgo de trastornos de conducta alimentaria 2016.

	RIESGOS DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA		
SEXO	NO	SI	Total
HOMBRE	210	8	218

Row%	96,33%	3,67%	100,00%
Col%	53,16%	40,00%	52,53%
MUJER	185	12	197
Row%	93,91%	6,09%	100,00%
Col%	46,84%	60,00%	47,47%
TOTAL	395	20	415
Row%	95,18%	4,82%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Tabla 50. Adolescencia y riesgo de trastornos de conducta alimentaria 2016

	RIESGOS DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA		
ADOLESCEN	NO	SI	Total

CIA			
MEDIA DE 14 A 16 AÑOS	226	15	241
Row%	93,78%	6,22%	100,00 %
Col%	57,22%	75,00%	58,07 %
TARDIA DE 17 A 19 AÑOS	96	3	99
Row%	96,97%	3,03%	100,00 %
Col%	24,30%	15,00%	23,86 %
TEMPRANA DE 10 A 13 AÑOS	73	2	75
Row%	97,33%	2,67%	100,00 %

Col%	18,48%	10,00%	18,07 %
TOTAL	395	20	415
Row%	95,18%	4,82%	100,00 %
Col%	100,00%	100,00%	100,00 %

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

En el grupo de adolescentes estudiado 20 (4,82%) presentan riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria, de ello 1 (65%) son ecuatorianos y 7(35%) son colombianos. Observándose un mayor porcentaje en adolescentes ecuatorianas de sexo femenino. La adolescencia media presenta el mayor porcentaje 15 (75%) de adolescentes con riesgo de presentar trastornos alimentarios y la adolescencia temprana presenta el menor porcentaje 2 (10%).

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Tabla 51. Riesgo de depresión y riesgo de trastornos de conducta alimentaria 2016.

	RIESGOS DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	
--	--	--

RIESGODEDEPR ESIÒN	NO	SI	Total
NO	342	12	354
Row%	96,61%	3,39%	100,0 0%
Col%	86,58%	60,00%	85,30 %
SI	53	8	61
Row%	86,89%	13,11%	100,0 0%
Col%	13,42%	40,00%	14,70 %
TOTAL	395	20	415
Row%	95,18%	4,82%	100,0 0%
Col%	100,00%	100,00%	100,0 0%

NACIONALIDAD=ECUATORIANO

	RIESGOSDETRANSTORNOSDECONDUCTA ALIMENTARIA		
RIESGODEDEPR ESIÒN	NO	SI	Total
NO	240	7	247
Row%	97,17%	2,83%	100,0 0%
Col%	85,11%	53,85%	83,73 %
SI	42	6	48
Row%	87,50%	12,50%	100,0 0%
Col%	14,89%	46,15%	16,27 %
TOTAL	282	13	295
Row%	95,59%	4,41%	100,0 0%

Col%	100,00%	100,00%	100,00%
------	---------	---------	---------

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

Del grupo de adolescentes con riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria 8(40%) presentan riesgo de depresión, de ellos 6(46,15%) son del grupo ecuatoriano. En este grupo se obtuvo un OR de 4, 8, con un IC con límites entre 1,5 y 15,2, con un valor de P de 0,005, por lo que existe una relación estadísticamente significativa como como factor de riesgo para este grupo. Los adolescentes ecuatorianos con riesgo de depresión tiene 4,8 veces más la probabilidad de presentar trastornos de conducta alimentaria.

Tabla 52. Factores de Riesgo por nacionalidad.

NACIONALIDAD * FACTORES DE _RIESGOS					
			FACTORES DE RIESGOS		Total
			Bajos factores de riesgo	Mayores factores de riesgo	
NACIONALIDAD	COLOMBIANO	43	77	120	
		35,8%	64,2%	100,0%	
	ECUATORIANO	207	88	295	
		70,2%	29,8%	100,0%	
Total		250	165	415	
		60,2%	39,8%	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de información

Elaborado por: Dra. Lupe Quiroz y Dr. Patricio Navarrete

La probabilidad de tener mayor cantidad de factores de riesgo corresponde al grupo de adolescentes colombianos (OR2, 1 IC95% 1,7-2,6).

CAPITULO V

5-DISCUCIÓN

El presente estudio trata de determinar los principales factores de riesgo para la salud de los adolescentes de familias colombianas y ecuatorianas residentes de las parroquias del Cantón Espejo de la provincia del Carchi.

La muestra está compuesta por 120 adolescentes colombianas y 295 ecuatorianos lográndose identificar que existe un mayor número (241) de adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 16 años, con un alto porcentaje de hombres 218 (52,53).

La Organización Mundial de la Salud afirma que existen áreas fundamentales que requieren especial atención en la salud del adolescente por el impacto que tiene sobre el paciente, la familia y la sociedad como son: la salud sexual y reproductiva en especial el embarazo no deseado, abuso de sustancias psicotrópicas incluidas el alcohol, depresión y violencia y trastornos de la conducta alimentaria; en nuestro estudio se ha abordado estos principales problemas de salud del adolescente.

Páramo en su estudio en el año 2011 menciona que existen factores de amplio espectro para un daño como familias disfuncionales, violencia intrafamiliar, estructura familiar, migración, deserción escolar, nivel socioeconómico bajo y factores de riesgo específicos como padre consumidor de alcohol, madre con antecedente de embarazo entre otros. En nuestro estudio se ha tomado en cuenta todos estos factores.

Según la OMS 2016 las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la segunda causa de mortalidad entre los adolescentes de 15 a 19 años en todo el

mundo. El 11 % de todos los nacimientos a nivel mundial corresponden a mujeres de 15 a 19 años y la mayor parte de ellos se registra en países de ingresos bajos y medianos. Según la UNICEF 2014, América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo, En el Ecuador más del 17% de las adolescentes son madres.

En nuestro estudio se obtuvo un total de 197 mujeres de las cuales 40 reportaron embarazo con un porcentaje de 20,3 %, superando el porcentaje tanto a nivel mundial como de América Latinoamérica. Del total (141) de adolescentes mujeres ecuatorianas 25 (17,7%) reportaron embarazo con un porcentaje de natalidad similar al de Ecuador.

Del grupo de las adolescentes colombianas, 15(26,7%) reportaron embarazo siendo este porcentaje muy elevado en relación a la tasa de natalidad del mundo, de América latina y del Ecuador, seguramente se debe a la mayor cantidad de factores de riesgo familiar, social que presentan los refugiados.

En cuanto a los factores de riesgo para embarazo en la adolescencia en nuestro estudio encontramos que un alto porcentaje 77,50% de las embarazadas reportaron tener un ingreso familiar menor al básico, lo que concuerda con ENIPLA 2014 en donde informa que existe una relación directa entre pobreza y la cantidad de embarazos adolescentes, una joven que pertenece a una familia de escasos recursos usa el embarazo como un paso para formar su propia familia y salir del círculo de pobreza en el que se ve inmersa, al mismo tiempo este embarazo precoz puede ser una forma de adquirir independencia de los padres, otro de los aspectos que relaciona la pobreza con el embarazo es el hacinamiento.

La OMS 2016 señala que muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para empezar a tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo para embarazos no deseados. En nuestro estudio en las adolescentes con embarazo se encontró un alto porcentaje (97,50%) de inicio temprano de vida sexual activa, siendo un factor de riesgo tanto para las colombianas como para las ecuatorianas.

Según ENIPLA 2014 la violencia es uno de los principales factores estructurales que inciden en el embarazo en niñas y adolescentes, según el INEC 2011 existe una relación directa entre violencia y número de hijos. En nuestro estudio se encontró un alto porcentaje 19(47,50%) de embarazadas que reportaron ser víctimas de violencia, de ellas el 42,10% sufrieron violencia física, el 47,36% violencia psicológica y el 10,60% sexual.

UNICEF 2013 señala que las adolescentes de hogares más pobres tienen más probabilidades de quedar embarazadas o dar a luz que las de hogares más ricos. En nuestro estudio en las adolescentes con embarazo en la adolescencia se encontró un alto porcentaje (77,50%) de ingreso familiar menor al básico, con relación estadísticamente significativa para el grupo colombiano.

Páramo 2011 en su estudio señala que existe una relación directa entre consumo de alcohol de los progenitores y el de sus hijos adolescentes, destacándose que el uso de alcohol por parte del padre es el principal predictor de mismo tipo de consumo en el adolescente. En nuestro estudio se encontró que en el grupo que consumen alcohol 72(47,35%) son hijos de padres con consumo de alcohol, obteniéndose una relación estadísticamente significativa para el grupo de adolescentes colombianos.

Según la OMS 2014, la depresión es la principal causa de morbilidad y discapacidad entre los adolescentes, la violencia, la pobreza, la humillación y el sentimiento de desvalorización aumentan el riesgo de padecer depresión. En nuestro estudio en el grupo de adolescentes que reportaron riesgo de depresión se encontró un alto porcentaje 25 (40,98%) de adolescentes víctimas de violencia, con una relación estadísticamente significativa para el grupo colombianos, justificándose esta relación por la problemática de migración forzada que ellos han sufrido y su estado de refugio. En este grupo de adolescentes de riesgo de depresión también se encontró porcentajes altos en: ingreso familiar menor al básico (63,93%), patrón de crianza de los hijos de riesgo (67,21%) y embarazo en adolescente (22,95%).

Riofrío 2015 en su estudio señala que los adolescentes están expuestos a muchos factores de riesgo para el consumo de drogas tales como: las familias disfuncionales, consumo de alcohol, la influencia de los pares, estilos de crianza y el ambiente social. En nuestro estudio en los adolescentes con consumo de droga se encontró altos porcentajes en factores como consumo de alcohol (90,91%), patrones de crianza de los hijos de riesgo (81,82%) y disfunción familiar (63,64%) en los adolescentes ecuatorianos.

La OMS 2016 señala que entre los principales factores de riesgo para la violencia juvenil se encuentran: consumo temprano de alcohol, abuso de sustancias en los padres, escasa participación de los padres en las actividades de los hijos, ingreso. En nuestro estudio en los adolescentes que reportaron ser víctimas de violencia se encontraron altos porcentajes de: consumo de alcohol (50%), padre con consumo de alcohol y/o droga(47,96%), ingreso familiar menor del básico (61,22%), todos estos

factores en el grupo ecuatoriano y Patrón de crianza de los hijos de riesgo (65,31%), disfunción familiar (29%) en el grupo colombiano.

En esta investigación la mayoría de los problemas de salud de los adolescentes tanto colombianos como ecuatorianos se encontró en la adolescencia media y tardía por presentarse en esta etapa la mayoría de los cambios biopsicosociales.

En este estudio en torno a la familia ha hecho ver con nitidez como lo más importante es cómo funciona y no su estructura, y que cuando funciona mal el joven asume más riesgos para presentar problemas de salud.

CAPITULO VI

6- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 - CONCLUSIONES.

1.- Se estudiaron un total de 415 adolescentes en edades comprendidas entre 10 y 19 años, que residen en las parroquias de El Ángel y la Libertad del cantón espejo de la provincia del Carchi. 120 (29%) fueron adolescentes colombianos, de ellos 64 (53,33%) fueron hombres y 56 (46,67%) mujeres. 295 (71%) adolescentes fueron ecuatorianos, de ellos 154 (52,20%) fueron hombres y 141 (47,80%) mujeres. Existiendo un alto porcentaje de hombres 218 (52,53%).

El promedio (media) de edad de los adolescentes fue de 15,2 años, la media de 16, el mínimo de 10 y máximo de 19.

2.- En cuanto al estudio sociodemográfico del grupo investigado tenemos que en el grupo ecuatoriano existe 3(100%) de los analfabetos y un alto porcentaje (89,88%) de adolescentes que cursan bachillerato. En cambio en el grupo de adolescentes colombianos existe un alto porcentaje (60.65%) que cursan Educación General Básica. El grupo de los ecuatorianos tiene el mayor porcentaje (80,2%) de adolescentes que estudian mientras que el mayor porcentaje (77,27%) de los adolescentes que trabajan se encuentra en el grupo de los colombianos. Existe un alto porcentaje 51 (56,67%) de deserción escolar en adolescentes colombianos.

El 100% de los casados están en el grupo ecuatoriano, el mayor porcentaje (72,86%) de los solteros son ecuatorianos y el mayor porcentaje (85,71%) de los

adolescentes que se encuentran en unión libre son colombianos. La mayoría (61,93%) de los adolescentes viven en el sector rural especialmente los ecuatorianos.

3.- Existe un mayor porcentaje (45,83%) de disfunción familiar y bajo ingreso básico (58,33%) en el grupo de los adolescentes colombianos.

4.- Entre los principales problemas de salud encontrados en los adolescentes en estudio, y en orden de frecuencia tenemos: consumo de alcohol en 170 (41%) adolescentes, con un alto porcentaje (74,7%) en ecuatorianos, predominando en el sexo masculino 111(65,29%). Víctimas de violencia en 98 (23,6%) adolescentes, con un alto porcentaje (61,22%) en el sexo femenino, y nacionalidad colombiana (45%). Embarazo en adolescentes con un alto porcentaje (62,5%) en mujeres ecuatorianas. Riesgo de depresión en 61 (14,7%) adolescentes, con el mayor porcentaje (63,93%) en el sexo femenino, de nacionalidad ecuatoriana (16,27%). Consumo de droga en un porcentaje de 22(5,30%) especialmente en el sexo masculino 17(27%), de nacionalidad colombiana (5,83%). Y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en un pequeño porcentaje 20 (4,82%), especialmente en el sexo femenino (60%), de los adolescentes ecuatorianos (65%).

5.- Los problemas de salud identificados se encuentran en un alto porcentaje en la adolescencia media y tardía, mientras que en la temprana existe un mínimo porcentaje.

6.- De los adolescentes estudiados el 41 % consumen alcohol, especialmente en la adolescencia media, con predominio del sexo masculino de los ecuatorianos. Del grupo que consume alcohol el 11,8% reportaron tener riesgo de consumo. Entre los principales factores de riesgo individuales, familiares y sociales que tienen una

relación estadísticamente significativa con un OR mayor a 1, Límites adecuados de IC para 95% y un valor de P menor a 0,05, con consumo de alcohol son: padre con consumo de alcohol y /o droga, patrón de crianza de los hijos de riesgo, ocupación (trabajo) y funcionamiento familiar son factores de riesgo para los adolescentes colombianos. Y víctima de violencia es un factor de riesgo para los adolescentes ecuatorianos.

7.- En el grupo estudiado 23,6% reportaron ser víctima de violencia. Los principales factores de riesgo encontrados y que tienen relación estadísticamente significativa con ser víctima de violencia tenemos: el sexo femenino, patrón de crianza de los hijos de riesgo, disfunción familiar y riesgo de depresión, son factores de riesgo para el grupo de adolescentes colombianos. Mientras que consumo de alcohol, padre con consumo de alcohol y/ o drogas e ingreso familiar menor al básico son factores de riesgo para los adolescentes ecuatorianos.

8.- En cuanto al embarazo en adolescentes se encontró que en el grupo colombianos a pesar de ser una cifra menor tubo un porcentaje alto (26,8%) de embarazo en ese grupo. Tanto en las ecuatorianas como en las colombianas se encontró mayor porcentaje de embarazos en la adolescencia tardía. Entre los principales factores de riesgo para embarazo en adolescentes que presentan una relación estadísticamente significativa con un OR mayor a 1, Límites adecuados de IC para 95% y un valor de P menor a 0,05, son: residencia en el sector rural y madre con antecedentes de embarazo en adolescente son factores de riesgo para las adolescentes ecuatorianas, mientras que ser víctima de violencia, deserción escolar, patrón de crianza de los

hijos de riesgo (autoritario, permisivo y sobreprotector) e ingreso familiar menor al ingreso básico son factores de riesgo para el grupo de las adolescentes colombianas.

9.- Se logró determinar que el 14.7 % del grupo estudiado presenta riesgo de depresión, especialmente en adolescentes mujeres ecuatorianas. Los principales factores de riesgo identificados que tienen asociación estadísticamente significativa con depresión tenemos: embarazo en adolescente, patrones de crianza de los hijos de riesgo, víctima de violencia, disfunción familiar e ingreso familias, siendo todos ellos factores de riesgo para el grupo de los adolescentes colombianos.

10.- En nuestro estudio un pequeño porcentaje 22(5,30%) reportaron consumir droga. Entre los principales factores de riesgo individuales, familiares y sociales que fueron identificados y que tienen relación estadísticamente significativa con consumo de droga son: consumo de alcohol, patrón de crianza de riesgo de los hijos y disfunción familiar, todos ellos son factores de riesgo para el grupo de adolescentes ecuatorianos.

11.- El principal factor de riesgo identificado y que tiene relación estadísticamente significativa con riesgo de trastorno de conducta alimentaria es la depresión, para el grupo de adolescentes ecuatorianas.

12.- La probabilidad de tener mayor cantidad de factores de riesgo corresponde al grupo de adolescentes colombianos (OR2, 1 IC95% 1,7-2,6).

13.- finalmente concluimos diciendo que en nuestro estudio se encontró mayores factores de riesgo para la salud en adolescentes de familias refugiadas que en los adolescentes de familias ecuatorianas, cumpliendo así nuestra hipótesis.

6.2- RECOMENDACIONES:

- 1.- Socializar los resultados de esta investigación a profesionales de la salud y educación para la realización de un algoritmo de atención del adolescente con factores de riesgo para la salud y coordinar una oportuna y adecuada atención con un equipo multidisciplinario.
- 2.- Capacitación del personal de salud en atención al adolescente y promover el incremento de trabajo extramural para identificar oportunamente los principales factores de riesgo para la salud del adolescente para un adecuado manejo.
- 3.- Promover la realización de talleres de convivencia con personal de salud, educación, padres de familia y adolescentes, para identificar, prevenir y tratar los verdaderos problemas de salud del adolescente.
- 4.-Motivar a los profesionales de la salud para continuar con futuras investigaciones sobre este tema.
- 5.-Socializar esta investigación a todo el personal de salud de las unidades operativas para lograr un empoderamiento de los factores de riesgo encontrados.
- 6.-Fomentar una relación médico-paciente de confidencialidad, privacidad y respeto.

BIBLIOGRAFIA

- ACNUR. (2011). Protección internacional de Refugiados en las Américas. *Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Refugiados*, 1-13.
- ACNUR. (2014). Mundo en Guerra . *Resumen de tendencias Globales de desplazamiento forzado*, 9-24.
- ACNUR. (2015). El trabajo de ACNUR en la frontera norte. *Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados* . , 21-34.
- Acosta D, Fernández A y Pillon S. (2011). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Latino-Am .Enfermagem*, 772-781.
- Armas N y Díaz L. (2007). *Las familias por dentro*. Ecuador: Ediciones América.
- Borrás T. (2014). Adolescencia: Definición, Vulnerabilidad y oportunidad. *CCM 18 (1) Holguín*, 1-2.
- Cabanillas, W. (2012). Factores de riesgo, protección y los programas preventivos en drogodependencia. *Rev, Perú Med Exp Salud Pública* . Perú, pp 109-121.
- Carrasco , N. (2010). Necesidades específicas de protección de los niños, niñas y adolescentes colombianos refugiados en Ecuador. *CES Psicología*, 3.
- Carreño A. (2012). Situación de refugiado colombianos en Ecuador. *Justicia* (22), 20-46.

- Caycho,T et al. (2016). Perspectiva de los estilos de crianza y felicidad en adolescentes y jóvenes de Lima .Perspectiva de la familia. *ISSN Vol 1*, pp11-22.
- CEAR. (2015). Informe 2015: Las personas refugiadas en España y Europa. *Informe de la Comición Española de Ayuda al Refugiado*, 19-39.
- Decena C, N. H. (2012). Salud y condiciones de vida de los refugiados colombianos en Quito. *Fundacion ambiente y desarrollo*.
- ENIPLA. (2015). sexualidad en adolescente. *Embarazo adolescente en el Marco de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación familiar.*, 3-15.
- Franco, N et al. . (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disrruptivas en niños de 3 a 6 años. *Rev de Psicología Clínica con niños y adolescentes vol 1 (2) Junio*, pp 149-156.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría* 86 (6(, pp436-443.
- Herrera M,Rueda A y Reidl L. (2013). Factores que identifican a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley. *Psicologi y Salud* 23 (2), 209-216.
- Hoyos, E. et al. (2012). Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes. *Journal of Psychological Research*. 2 (1) Enero - junio, 109-121.
- López ,S et al. (2012). Prácticas de crianza y problemas de conducta en los niños de educación infantil dentro de un marco intelectual. *Anales de psicología, Vol 28 (1) España* , pp 55-65.

- Lozada,V. (2015). Influencia sociocultural de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes. *Rev electrónica de psicología iztacala* 18(01), pp23 -26.
- Malaver, A. M. (de 2012). Situacion de refugiados colombianos en Ecuador. *Justicia*(22).
- Manocla,A et al. (2015). Violencia en el noviasgo, perpetración victimización y violencia mutua. *Una revición Actualizada en Psicología* 29(118, pp 52-72.
- MSP del Ecuador. (2014). Salud del Adolescente. *Guia de Supervisión Nacional de Normatización- Ministerio de Salud Pública*, 17-41.
- OMS. (2014). Embarazo en la adolescencia. *Ginebra, Organización Mundial de la Salud*, 1.
- OMS. (2014). Riesgos para la salud y soluciones. *Ginebra, Organización Mundial de la Salud, nota descriptiva 345*, 1-4.
- OMS. (2014). Salud Para los Adolescente en el Mundo,WHO/FWC/MCA/14.05. *Ginebra, Organización Mundial de la Salud*, 1-6.
- OMS. (2015). alcohol. *Ginebra , Organización Mundial de la salud nota descriptiva 349*, 1. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
- OMS. (2016). Salud de la madre, el recién Nacido del niño y del adolescente. pp 1-3.
- Organización Andina de la Salud convenio Hipólito Unanue. (2012). Prevención del embarazo en adolescentes. *Reunión Comité especial de la CEPAL sobre población y desarrollo*, 1-6.

- Lora , M. D. (2009). *Situacion del embarazo en la adolescencia en la region subandina* (primera ed.). Organismo andino de salud-convenio Hipolito Unanue.
- Páramo M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis del contenido a través de grupos de discusión. *Terapia psicológica* 29 (1), 85-95.
- Perdomo, E et al. (2015). Asociación de la funcionalidad Familiar entre padres e hijo enveiva. *scielo* 33(1), pp 94-103.
- Pérez, E. et al. (2011). El Ecuador y la familia disfuncional. *Enducere* 15 (52), pp-629-634.
- Riofrio,R .et al. (2015). Consumo de drogas en los jovenes de Guayaquil- Ecuador. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* 18, pp599-605.
- Romero, R . (2012). La depresión y el suicidio en niños y adolescentes. *Rev arquetipos* N 29, pp 14-17.
- Salmeron , M y Casas, J. (2013). Problemas de salud en la adolescencia. *Pediatría Integral* XVII (2) Madrid, pp94-100.
- Suarez,C et al. (2014). Apgar Familiar una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz* ,20(!), pp 12-15.
- UNFPA. (2013). Maternidad en la niñez. *Estado de la población mundial*, 1-13.
- UNFPA. (2016). Fecundidad y maternidad en el adolescente en el Cono Sur. pp 2-11.
- UNICEF. (2014). Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. *Informe final sobre vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*, 9.

UNICEP. (2015). *crisi migratoria y de refugiados en Europa*. Obtenido de recuperado

en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/10072.pdf?view=1>.

UNICEP. (s.f.). *Hechos sobre adolescencia y jóvenes en América Latina y el Caribe*.

Obtenido de Recuperado en
file:///C:/Users/Lupe/Downloads/Fast_facts_SP(1).pdf.

UNICEP. (s.f). Violencia contra los niños. *Recuperado en*
http://www.unicef.org/ecuador/media_28087.htm, 1.

UNODC. (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. pp 32-41.

Vasquez C. (2012). Identificadores para la identificación del riesgo psicosocial de estudiantes. *Una mirada a la niñez en riesgo psicosocial*, 1-32.

ANEXOS

Anexo 1

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

ASENTAMIENTO INFORMADO

Este documento de asentamiento informado es para adolescentes de 10 a 19 años hijos de familias colombianas refugiadas y ecuatorianas que viven en las parroquias del Ángel y la Libertad de la provincia del Carchi y que se les invita a participar en el proyecto de investigación: “Principales Factores de Riesgo para la Salud en Adolescentes De Familias Refugiadas Colombianas Y Ecuatorianas en dos Parroquias del Cantón Espejo, Carchi, 2016”.

PARTE 1: INFORMACIÓN

Explicación: La Dra. Lupe Quiroz y el Dr. Patricio Navarrete somos estudiantes de postgrado de medicina familiar y comunitaria. Nuestro trabajo consiste en investigar los Principales Factores de riesgo para salud en adolescentes de familias refugiadas colombianas y ecuatorianas en las parroquias el Ángel y la Libertad del cantón Espejo de la provincia del Carchi. Le vamos a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Puedes elegir si

participar o no. Hemos discutido esta información con tus padres/apoderado y ellos saben que te estamos preguntando a ti también para tu aceptación. Si vas a participar en la investigación, sus padres / apoderados también tienen que aceptarlo. Pero si no deseas tomar parte en la investigación no tienes por qué hacerlo, aun cuando tus padres lo hayan aceptado.

No tienes que decir hoy si participas o no, antes de decidirte puede hablar con tus padres, amigos o cualquier otro con el que se sienta cómoda sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieres que te las explique mejor porque estas interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme que pare en cualquier momento y me tomaré tiempo para explicártelo.

Objetivo: consideramos necesario determinar los principales factores de riesgo en su contexto individual, familiar y social en torno a la sexualidad, las adicciones, la depresión, la violencia y la conducta alimentaria en los adolescentes de familias ecuatorianas y colombianas refugiadas de la parroquia el Ángel y la Libertad del cantón Espejo de la provincia del Carchi, sobre los cuales es muy importante hacer una intervención oportuna e integral para combatir los problemas de salud que más aquejan en esta etapa vulnerable por sus cambios biopsicosociales, evitando además morbilidades de la edad adulta.

Elección de participantes:

Realizaremos esta investigación en adolescentes de 10 a 19 años de edad por ser una etapa vulnerable por sus cambios biológicos, psicológicos y sociales por los que atraviesan.

La participación es voluntaria:

No tienes porque participar en esta investigación si no lo deseas. Es tu decisión si decides participar o no en la investigación, está bien y no cambiará nada, todo sigue igual que antes. Incluso si dices que” sí” ahora, puedes cambiar de idea más tarde y

estará bien todavía.

He preguntado al adolescente y entiende que su participación es voluntaria.

Procedimientos:

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario de recolección de datos que incluye las variables con los principales factores de riesgo en su contexto individual, familiar y social en torno a la sexualidad, las adicciones, la depresión, la violencia y la conducta alimentaria en los adolescentes, realizada por los autores, la misma que se aplicará a cada uno de los adolescentes de las familias refugiadas y ecuatorianas previa autorización y consentimiento de los adolescentes y representante legal, en forma confidencial en su domicilio.

En el presente estudio se utilizará instrumentos familiares como el familiograma, Apgar familiar para la determinación de la estructura y funcionamiento familiar. Si es necesario se aplicará otros cuestionarios para identificar trastornos de la conducta alimentaria, depresión y consumo riesgoso de alcohol y drogas, todos ellos tomados de la guía de atención del adolescente del MSP del Ecuador. Los datos serán recopilados exclusivamente por los autores de la investigación y se respetará la confidencialidad, así como se protegerá la identidad de cada entrevistado.

He preguntado al adolescente y entiende el procedimiento.

Posibles riesgos: Ninguno

Beneficios: No hay seguridad de que el estudio te reporte algún beneficio. Pero esta

Investigación podría ayudarnos a determinar oportunamente los principales factores de riesgo para la salud en los adolescentes de nuestra comunidad. El conocimiento más profundo de estos servirá para mejorar la atención integral a este grupo social y

anticipar una atención adecuada y oportuna.; con el objetivo de prevenir la aparición de futuros problemas de salud.

He preguntado al adolescente y entiende los beneficios.

Incentivos: Ninguno.

Confidencialidad: No diremos a otras personas que estas en ésta investigación y no compartiremos información sobre ti a nadie que no trabaje en el estudio de investigación. La información sobre usted recogida por la investigación será retirada y nadie sino lo investigadores podrán verla. Cualquier información sobre usted tendrá un número en vez de su nombre. Sólo los investigadores sabrán cual es su número y se guardará la información con llave. No será compartida ni dada a nadie excepto: La Dra. Lupe Quiroz, el Dr. Patricio Navarrete, La Dra. Catalina Vega y el Dr. Jorge García.

Compartir los resultados: Cuando finalicemos la investigación, me sentaré con usted y sus padres o representante legal y le explicaré lo que hemos aprendido. También le daré un informe de los resultados. Después informaremos a más personal de salud sobre la investigación y lo que hemos averiguado.

Derecho a negarse o a retirarse de la investigación: No es obligatorio que participe en esta investigación. Nadie se molestará con usted si dice que no. Eres libre de tomar la decisión. Puedes pensar en ello y responder más tarde si quieres. Puedes decir “sí” ahora y cambiar de idea más tarde y también estará bien.

A quien conectar: En caso de existir dudas relacionadas con la investigación puede hacerlas a los investigadores responsables: Dra. Lupe Quiroz, Dr. Patricio Navarrete médicos postgradistas de Medicina Familiar y comunitaria del centro de salud del Ángel. Colaboradores: Dr. Jorge

García médico especialista en pediatría del Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán, La Dra. Catalina Vega Metodóloga de la PUCE Quito.

Si elegiste ser parte de esta investigación, también te daré una copia de esta información para ti. Puedes pedir a tus padres que te lo examinen si quieres.

PARTE 2: FORMULARIO DE ASENTAMIENTO

He sido invitado a participar en este proyecto de estudio. Entiendo que la investigación consiste en realizarme unos cuestionarios y otros test de funcionamiento y estructura familiar para determinar si presento o no factores de riesgo para mi salud. He sido informado que los riesgos son mínimos, el beneficio para mi persona es prevenir problemas en mi salud. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

“Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído la información proporcionada o me ha sido leída y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto voluntariamente participar en esta investigación como participante”.

O

“Yo no deseo participar en la investigación y no he firmado el asentamiento que sigue”.

_____ (Iniciales del adolescente)

Solo si el adolescente asiente:

Nombre de el/la adolescente _____

Firma de el/la adolescente _____

Fecha _____

Día / mes / año

Si es analfabeto:

Una persona que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debería ser seleccionada por el participante, no ser uno de los padres, y no debería tener conexión con el equipo de investigación). Los adolescentes analfabetos deberían incluir su huella dactilar también.

“He sido testigo de la lectura exacta del documento de asentamiento al participante potencial y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que ha dado su asentamiento libremente”

Nombre del testigo _____ y huella dactilar del adolescente____

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día / mes / año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de asentamiento informado_____ (iniciales del investigador)

El padre/madre/apoderado ha firmado un consentimiento informado Si ____ No ____
(iniciales del investigador).

Anexo 2

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES
HIJOS DE FAMILIAS COLOMBIANAS REFUGIADAS Y ECUATORIANOS
PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

INFORMACIÓN

La Dra. Lupe Quiroz y el Dr. Patricio Navarrete somos estudiantes de postgrado de medicina familiar y comunitaria. Estamos investigando Principales Factores de riesgo para salud en adolescentes de familias refugiadas colombianas y ecuatorianas en las parroquias el Ángel y la libertad del cantón Espejo de la provincia del Carchi. Le vamos a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decir hoy si participa o no, antes de decidirse puede hablar con alguien que se sienta cómoda sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda, por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí o al mi compañero de investigación.

Propósito

El propósito de este estudio es identificar oportunamente los principales factores de riesgo para la salud en adolescentes colombianos refugiados y ecuatorianos para

anticipar una atención adecuada y oportuna a este grupo etareo, con el objetivo de prevenir la aparición de futuros problemas de salud.

Tipo de intervención en la investigación

En esta investigación se aplicará un cuestionario dirigido al adolescente, como también se aplicará instrumentos de estructura y funcionamiento familiar, mediante una visita domiciliaria.

Selección de participantes

Estamos invitando a todos los adolescentes de 10 a 19 años hijos de familias colombianas y ecuatorianas que viven en las parroquias el Ángel y la Libertad del cantón Espejo de la provincia del Carchi para participar en esta investigación sobre principales factores de riesgo para la salud.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede o no hacerlo, igual recibirá todos los servicios que generalmente reciben ; puede tomarse el tiempo que desee para reflexionar si quieren participar o no .Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Duración

La investigación durará aproximadamente 6 meses, se realizará una visita domiciliaria en la que se aplicará cuestionario de recolección de datos, e instrumentos familiares como el familiograma y evaluación de funcionamiento familiar mediante el APGAR familiar.

Posibles riesgos.- Ninguno

Posibles beneficios al participante en este estudio.- Identificación oportuna de los principales factores de riesgo, para evitar problemas en salud en los adolescentes de nuestra comunidad.

Privacidad y confidencialidad.-

La información que se recoja en este proyecto de investigación se mantendrá en una forma confidencial. La información que usted nos brinda será recolectada y procesada en forma anónima y manejada por el equipo de investigadores responsables, no será compartida ni entregada a nadie excepto: La Dra. Lupe Quiroz, el Dr. Patricio Navarrete, La Dra. Catalina Vega y el Dr. Jorge García.

Compartiendo los resultados

El conocimiento que se obtenga de esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

A quien conectar

En caso de existir dudas relacionadas con la investigación puede hacerlas a los investigadores responsables: Dra. Lupe Quiroz, Dr. Patricio Navarrete médicos postgradistas de Medicina Familiar y comunitaria del centro de salud del Ángel. Colaboradores: Dr. Jorge García médico especialista en pediatría del Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán, La Dra. Catalina Vega Metodóloga de la PUCE Quito.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en este proyecto de investigación. Entiendo que me realizarán unos cuestionarios y otros test de funcionamiento y estructura familiar para determinar si presento o no factores de riesgo en salud. He sido informado que los riesgos son mínimos, el beneficio para mi persona es prevenir problemas en mi salud. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar

sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico

Nombre del participante -----

Firma del Participante-----

Fecha: Día/ mes / año.-----

Si es analfabeto

Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debiera seleccionarse por el participante y no debiera tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos deberían incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente

Nombre del testigo----- y huella dactilar del participante

Firma del testigo-----

Fecha: Día / mes / año -----

Padres de familia o representante legal

Nombre del padre o madre de familia o representante legal -----

Firma del padre o madre de familia o representante legal -----

Fecha: Día / mes / año-----

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador-----

Firma del investigador-----Fecha:
Día/ mes / año -----

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de
consentimiento informado----- (iniciales del investigador)

-Anexo 3

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

POSTGRADO DE MEDCINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CUESTIONARIO EMPLEADO PARA IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES
FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES DE
FAMILIAS REFUGIADAS COLOMBIANAS Y DE FAMILIAS
ECUATORIANAS EN LA PARROQUIAS EL ANGEL Y LA LIBERTAD DEL
CANTON ESPEJO DEL DISTRITO DE SALUD 3 DE LA PROVINCIA DEL
CARCHI.

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- EDAD:

Adolescencia temprana de 10 a 13 años () 14 a 16 años () 17 a 19
años ()

2.- SEXO:

Hombre () Mujer () Intersexual ()

3.-NACIONALIDAD

Colombiano () Ecuatoriano ()

4.-ESTADO CIVIL:

Soltero () Casada () Unión libre () Divorciada () Separada ()
)

5.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Analfabeto () Educación General Básica () Bachillerato () Educación Superior ()

6.- OCUPACIÓN

Estudia () Trabaja ()

1. RESIDENCIA

Urbano () Rural ()

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES**8.- DESCERCIÓN ESCOLAR**

Si () No ()

9.- INICIO TEMPRANO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

Menor de 13 años () 14-16 años () Mayor a 17 años ()

10.- EMBARAZO EN ADOLESCENCIA

Si () No ()

11.- USO DEPRESERVATIVO

Si () No ()

12.- CONSUMO DE ALCOHOL

Si () No ()

13 RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL (Aplicación de cuestionario CAGE)

Si () No ()

14.- CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

Si () No ()

15.- RIESGO DE CONSUMO DE DROGAS (Aplicar cuestionario CAGE-AID)

Si () No ()

16.-VICTIMA DE VIOLENCIA

Si () No ()

17.- TIPO DE VIOLENCIA

Sexual () Física () Psicológica () Ninguna ()

18.-DEPRESIÓN (Aplicación de cuestionario PHQ 2)

Si () No ()

19.- TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIEMNTARIA (Aplicación de

cuestionario SCOFF) Si () No ()

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

20.- ESTRUCTURA FAMILIAR (Aplicación de familiograma)

Familia nuclear ()

Familia extensa ()

Familia ampliada ()
Familia Monoparental ()
Familia reconstruida ()
Personas sin Familia ()
Equivalentes Familiares ()

21.- FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (Apgar familiar)

Funcional.- Familia funcional 7-10 p ()
Disfuncional.-Disfunción moderada de 4-6 p ()
Disfunción severa de 0 -3 puntos ()

22.- PATRON DE CRIANZA DE LOS HIJOS

Riesgo: Sobreprotector ()
Autoritario ()
Permisivo ()

No riesgo: Democrático ()

23.- PADRES CON CONSUMO DE ALCOHOL Y / O DROGAS

Si () No ()

24.- MADRE CON ANTECEDENTE DE AMBARAZO DURANTE SU ADOLESCENCIA

Si () No ()

FACTORES DE RIESGO SOCIALES

25.- ESTADO DE REFUGIO

Registrado () En Trámite () Ninguno ()

26.- INGRESO FAMILIAR

Menor a ingreso básico ()

Mayor a ingreso básico ()

-

Anexo 4

APGAR Familiar

Para la determinación del funcionamiento familiar se aplica el test de APGAR familiar, herramienta propuesta por Gabriel Smilkstein en 1978, la cual nos permite realizar un estudio de los pilares fundamentales para una sana relación familiar.

Cada una de las letras hace referencia a la función familiar que evalúa:

A = Adaptación, P = Participación, G = Crecimiento, A = Afecto, Amor y R =

Recursos

Estas cinco funciones son evaluadas a través de preguntas y un puntaje que puedan

evidenciarlo:

Puntuación: casi siempre = 2; alguna vez =1; casi nunca =0

Significado del test:

1. Familia funcional: 7 a 10 puntos
2. Familia con disfunción Moderada: 4 a 6 puntos
3. Familia con disfunción severa : 0 a 3 puntos

FUNCION		Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
APOYO	¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad?	2	1	0
PARTICIPACIÓN	¿Me satisface la forma en que mi familia comparte con migo los asuntos de interés	2	1	0

	familiar buscando juntos las soluciones de los problemas?			
CRECIMIENTO	¿Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de iniciar nuevos planes o actividades?	2	1	0
AFECTO	¿Me satisface la forma como mi familia me demuestra cariño y entiende mis emociones como tristeza, amor o rabia?	2	1	0
RECREACIÓN	¿Me satisface como compartimos en mi familia?: el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa, el dinero.	2	1	0

Fuente: Armas N y Díaz L (2007) *Las familias por Dentro*, Ecuador, Ediciones América. PP136-140.

Instrucciones: Rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación-

Calificación APGAR Familiar----- -Interpretación APGAR Familiar -----

Anexo 5

Familiograma

Es la representación gráfica de la información sobre los miembros de una familia y sus relaciones, de por lo menos tres generaciones, utilizando cierta simbología, mediante este instrumento se puede obtener la estructura o tipología familiar.

Las familias según su estructura se pueden clasificar en:

- Familia nuclear: los padres y sus hijos.
- Familia extensa: más de dos generaciones en el mismo hogar.
- Familia ampliada: con parientes o con agregados.
- Familia Monoparental: uno de los padres y sus hijos
- Familia reconstruida: formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos trae un hijo de una relación anterior.
- Personas sin Familia: personas que viven solas.
- Equivalentes Familiares: personas que conviven en un mismo hogar sin construir un núcleo familiar tradicional

Fuente: Armas N y Díaz L (2007) *Las familias por Dentro*, Ecuador, Ediciones América. PP136-140

Anexo 6

Cuestionario CAGE- AID

Screening de alcoholismo adaptado para incluir drogas

- 1.- ¿Has sentido que debes reducir tu consumo de alcohol o de drogas?
- 2.- ¿Te ha molestado que la gente te critique por tu forma de beber o consumir drogas?
- 3.- ¿Alguna vez te has sentido mal o culpable por beber alcohol o consumir drogas?

4.- ¿Alguna vez has necesitado beber o consumir drogas por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias de una resaca (chuchaqui)?

Puntuación / 4

Respuestas afirmativas a dos o más preguntas sugieren consumo riesgoso que ameritan evaluación adicional.

En CAGE o CAGE-AID debería ser precedido Por estas dos preguntas.

1.- ¿Ud... Toma alcohol?

2.- ¿Ud. Ha experimentado con drogas?

Si la persona ha experimentado con drogas, se usa el CAGE- AID, si la persona toma alcohol, se usa CAGE.

Fuente : MSP del Ecuador. (2014). Salud del Adolescente. *Guia de Supervisión Nacional de* *Normatización- Ministerio de Salud Pública*, pp 51.

-Anexo 7

Cuestionario SCOFF

Para la detección de trastornos de la conducta alimentaria

1.- ¿Tienes la sensación de estar enferma/o porque sientes el estómago tan lleno que te resulta incómodo? Si () No ()

2.- ¿Estas preocupada/o porque sientes que tienes que controlar cuánto comes? Si () No ()

3.- ¿En los últimos tres meses has perdido más de 6 Kg (13 libras)? Si () No ()

4.- ¿Crees que estas gorda/o aunque otros digan que estas demasiada /o delgada/o?
Si () NO ()

5.- ¿Dirías que la comida domina tu vida? Si () No ()

Dos o más respuestas positivas sugieren la presencia de un trastorno de conducta alimentaria, con una sensibilidad del 98% y especificidad de 94%. En estos casos profundice la evaluación de trastornos de conducta alimentaria.

Fuente: MSP del Ecuador. (2014). Salud del Adolescente. *Guía de Supervisión Nacional de Normatización- Ministerio de Salud Pública*, pp 65.

Anexo 8

Cuestionario PHQ-2 para tamizaje de depresión en adolescentes

El cuestionario PHQ-2 consta de dos preguntas del cuestionario PHQ-9. Explora la presencia de ánimo deprimido y anhedonia en las últimas dos semanas. El propósito del cuestionario no es establecer un diagnóstico definitivo ni monitorizar la gravedad de una depresión, sino que es una herramienta inicial para el tamizaje de depresión.

Los puntajes de PHQ se encuentran en el rango de 0 a 6. Los pacientes que alcanzan un puntaje igual o superior a 3 puntos requieren evaluación adicional con otras herramientas como el cuestionario PHQ-9 para determinar si reúne criterios de un trastorno depresivo.

últimas dos semanas con qué frecuencia te han preocupado los siguientes problemas	Nunca	Varios días	Más de la	Casi todos los días
---	-------	-------------	-----------	---------------------

	0	1	mitad de los días 2	3	
Poco placer e interes en hacer las cosas					
Se ha sentido triste, deprimido o desesperado					

Fuente : MSP del Ecuador. (2014). Salud del Adolescente. *Guia de Supervisión Nacional de Normatización- Ministerio de Salud Pública*, pp 70.